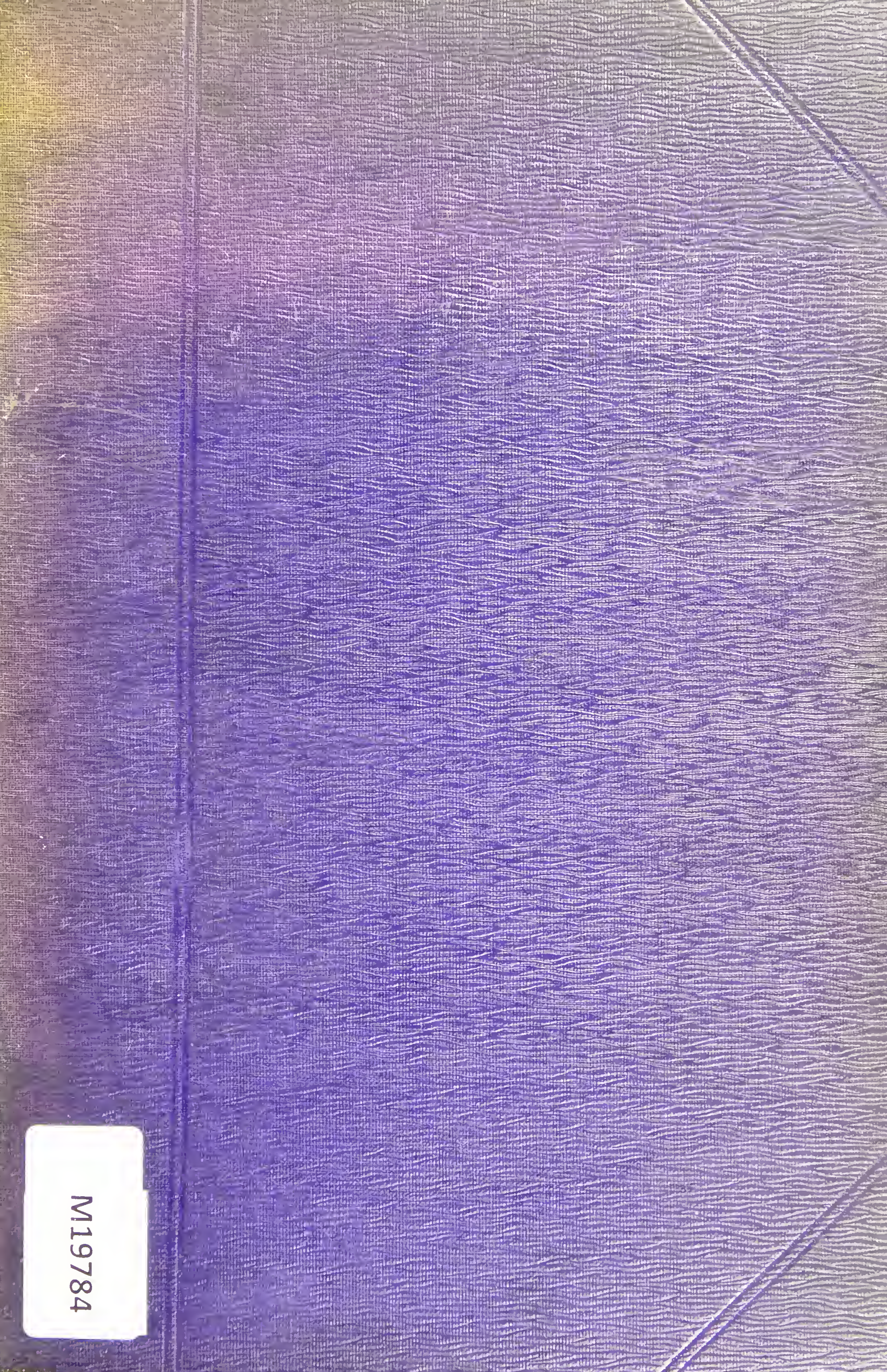
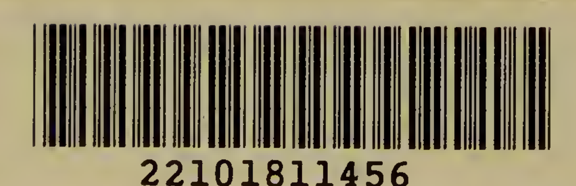

M19784

JENTZER & BOURCART





A Monsieur

Hommage de l'auteur Edgar

GYMNASTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

ET

TRAITEMENT MANUEL

DES

MALADIES DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES

(MÉTHODE DE THURE-BRANDT)

PAR LE

Dr A. JENTZER

ancien assistant à la clinique d'accouchements et de gynécologie du professeur Breisky ; ancien professeur de gynecologie opératoire à la Faculté de medecine de Genève, etc., etc

ET

M. BOURCART

médecin diplômé de la Confédération suisse
ancien prosecteur d'anatomie normale à l'Universite de Genève ; ancien assistant à la clinique privée de MM. les professeurs Jentzer et Vulliet

Illustré de 90 gravures originales



GENÈVE
H. GEORG, LIBRAIRE-ÉDITEUR
MAISONS A BALE ET LYON

PARIS
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
58, RUE St-ANDRÉ-DES-ARTS

1891

GYMNASTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

ET

TRAITEMENT MANUEL

DES

MALADIES DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES

(MÉTHODE DE THURE-BRANDT)

PAR LE

Dr A. JENTZER

ancien assistant à la clinique d'accouchements et de gynécologie du professeur Breisky ; ancien professeur de gynécologie opératoire à la Faculté de médecine de Genève, etc., etc

ET

M. BOURCART

médecin diplômé de la Confédération suisse
ancien prosecteur d'anatomie normale à l'Université de Genève ; ancien assistant à la clinique privée de MM. les professeurs Jentzer et Vulliet

Illustré de 90



gravures originales

GENÈVE
H. GEORG, LIBRAIRE-ÉDITEUR
MAISONS A BALE ET LYON

PARIS
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
58, RUE St-ANDRÉ-DES-ARTS

1891


WELLCOME
LIBRARY
INSTITUTE

Genève. — Imprimerie Centrale Genevoise, 17, Boulevard James-Fazy

GYMNASTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

ET

TRAITEMENT MANUEL

DES

MALADIES DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES

(MÉTHODE DE THÜRE-BRANDT)

INTRODUCTION

En presentant à nos collègues français le résultat de nos observations recueillies chez Thüre-Brandt, pendant un séjour de quelques semaines à Stockholm, ils ne nous reprocheront pas de traiter un sujet connu et déjà épuisé.

Tandis que les gynécologues d'Allemagne et d'Autriche s'occupent activement des idées et des faits émis par le masseur suédois (voir la partie historique), nous constatons qu'il n'existe aucun livre français traitant spécialement cette question. Nos confrères de langue française sont donc dans l'impossibilité d'apprécier une méthode, dont les principes fondamentaux soulèvent, depuis deux ou trois ans, des discussions très intéressantes chez nos voisins d'outre-Rhin.

Nous espérons, en publiant ce travail, non seulement combler une lacune de notre littérature médicale, mais encore attirer l'attention des spécialistes sur cette question, actuellement à l'ordre du jour.

Les idées de Brandt devant, à notre point de vue, modifier certaines opinions en matière de gynécologie opératoire.

Analysons-les rapidement, pour en faciliter l'acceptation, et espérons que leur assimilation se fera dans des conditions de durée moins lente que celle de la méthode antiseptique.

Nous voulons, tout d'abord, indiquer en quelques mots la situation occupée en France par le massage dans le traitement des organes pelviens.

Dans les ouvrages remarquables de Laisné et de Philippeaux, il n'existe rien se rapportant à notre sujet ; Estradère (1863), dans son beau travail, lui consacre quelques lignes ; pour mémoire, citons la traduction de la brochure de Brandt (Cherbuliez, Paris, 1868) qui passa complètement inaperçue, ou, tout au plus, souleva par-ci et par-là quelques critiques, dénaturant, soit la méthode, soit le caractère de son auteur. Les premiers essais sur ce sujet remontent à 1844. Caseaux (*Traité des Accouchements*, Paris, 1844) parle d'une sorte de massage de l'utérus dans l'atonie consécutive à l'accouchement. Il faut venir jusqu'au travail de Norström, publié en 1876, pour trouver les premières applications du massage aux maladies des femmes. Nous sommes du reste dans l'obligation de dire que les principes émis dans ce dernier ouvrage n'ont absolument rien de commun avec ceux de Thüre-Brandt.

Il est certain que le docteur Petit, en nous dotant de son livre : *Le massage par le médecin* (Paris, 1885), a rendu un grand service à ses confrères ; malheureusement, le chapitre ayant trait à la gynécologie, traduit d'après le volume de Reibmayer, contient des erreurs fondamentales, qui ne faciliteront pas la tâche des médecins désireux de vulgariser la méthode de Brandt.

N'oublions pas de citer un travail (*Archives de Tocologie*, décembre 1889) de Mlle Goldspiegel, docteur en médecine, ancienne élève de Brandt.

Cette publication est certainement la meilleure parue en langue française.

Cependant nous sommes en désaccord avec l'auteur sur plusieurs points, et nous croyons qu'elle n'a peut-être pas saisi la valeur de la gymnastique telle qu'elle est pratiquée par le masseur suédois.

Mlle Goldspiegel nous pardonnera notre franchise. Comme elle, nous cherchons à faire triompher les idées du maître.

Les mouvements combinés, indiqués par ce dernier, agissent non seulement sur l'organisme en général, l'améliorant, favorisant l'échange des matières nutritives, mais sollicitent aussi la résorption d'exsudats pelviens et activent la guérison de certaines affections gynécologiques.

Nous verrons, en traitant plus en détail la question de la gymnastique, combien certains mouvements des adducteurs de la cuisse, par exemple, contribuent aux bons résultats obtenus dans le traitement du prolapsus utérin.

Dans la publication de Mlle Goldspiegel, nous ne trouvons rien se rapportant au *prolapsus du rectum*, qui, pourtant, a été le point de départ de toute la méthode de Brandt. Après avoir passé, comme chat sur braise, sur la manière de se comporter vis-à-vis de l'incontinence d'urine, conséquence de l'affaiblissement du sphincter vésical, l'auteur arrive à la description des procédés employés pour la *réduction de l'utérus* en rétroflexion, mais il en oublie plusieurs.

Le *massage pendant la menstruation*, sur lequel Brandt insiste d'une façon toute particulière, n'est pas même cité. Quant au traitement des *néoplasmes bénins* (fibrômes, myomes), contrairement à ce que dit Mlle Goldspiegel, Brandt les traite par le massage. Il n'a du reste pas l'espoir de les diminuer, mais il combat victorieusement par ce moyen les hémorrhagies, qui accompagnent presque toujours l'existence de ces tumeurs.

Pozzi — dont le livre remarquable de gynécologie vient de paraître et dans lequel certains chapitres, spécialement ceux qui analysent les procédés opératoires, sont écrits d'une façon magistrale — ne s'occupe que superficiellement de la question du massage, sans émettre, il est vrai, d'opinion définitive. Cependant il semble avoir une confiance très limitée dans les résultats obtenus par la méthode de Brandt dans le traitement du prolapsus utérin. Ainsi il dit, page 553 : « Il serait, à « la vérité, tout à fait illusoire de compter sur une contention sponta-

« née durable des organes ainsi replacés. On n'obtiendra jamais de la « sorte qu'un soulagement temporaire, qui ne dispensera pas d'une « opération plastique. » En parlant des résidus d'anciennes inflammations (page 688), il admet cependant que le massage peut exercer dans ces cas une influence heureuse, et favoriser la résorption de produits plastiques. Ce gynécologue, dont la réputation n'est plus à faire, laisse absolument de côté le traitement des adhérences et des rétractions cicatricielles du tissu conjonctif pelvien, processus pathologiques qui sont modifiés rapidement et complètement par la méthode de Brandt.

Outre la pénurie de renseignements positifs sur ce nouveau traitement, il existe dans le monde médical une erreur fondamentale, consistant à supposer que Brandt soigne les affections utérines exclusivement par le massage proprement dit, alors qu'il attache une très grande importance à l'influence heureuse de certains mouvements, empruntés à la gymnastique suédoise et, en grande partie, modifiés par lui.

En effet, grâce à ses études spéciales faites à l'Institut central de gymnastique de Stockholm, le masseur suédois savait qu'en faisant fonctionner certains groupes musculaires il agissait sur l'état général des malades, et que certains mouvements gymnastiques congestionnaient ou décongestionnaient les organes pelviens. Aussi, découvrant chez ses malades, outre leurs affections spéciales, des symptômes généraux (maux de tête, état gastrique, nervosisme, etc.), il recourut à ces procédés et obtint d'excellents résultats.

Nous verrons, dans le chapitre *Gymnastique*, que le massage n'est, en somme, qu'une branche de la gymnastique suédoise, et qu'il appartient à la catégorie des mouvements passifs. Il n'est donc pas exact de parler exclusivement de *massage en gynécologie*, raison pour laquelle nous donnons à ce livre le titre de : *Gymnastique gynécologique*.

Ne soyons pourtant pas trop sévères à l'égard de ceux qui ont commis des erreurs.

Depuis deux ans que nous pratiquons le massage à Genève, nous avouons très franchement que non seulement les mouvements gymnastiques étaient complètement négligés par nous, et cela au détriment de nos malades, mais encore que notre procédé n'était pas conforme à celui de Brandt. Malgré la lecture des publications faites à ce sujet en Allemagne, et notre expérience en clinique gynécologique, nous n'avions pas saisi la méthode dans son ensemble. Nous allions en tâtonnant; aussi les résultats n'étaient pas toujours conformes à ce que nous attendions ou à ceux que Brandt prétendait obtenir. Voulant alors nous rendre compte, par nous-mêmes, de la cause de ces différences, nous sommes partis pour Stockholm où nous avons séjourné près de deux mois.

Au bout de quelques jours déjà, nous nous expliquions facilement les erreurs commises et nous reconnûmes que la technique du procédé de Brandt était compliquée, qu'elle ne s'assimilait que difficilement, et que, pour arriver à saisir les détails de cette méthode, même pour un « gynécologue expérimenté », il ne suffisait pas d'avoir lu certaines publications, voire même le livre de Brandt, traduit par Resch.

Pour l'appliquer sûrement, il faut que le diagnostic par la palpation soit aussi détaillé et aussi précis que pour toute autre intervention gynécologique, sinon l'opérateur s'expose à de grandes déconvenues et même à des accidents.

Il est aussi absolument nécessaire d'avoir préalablement pratiqué les manœuvres les plus importantes de la méthode sous le contrôle de Brandt lui-même, ou d'un médecin les ayant apprises dans sa clinique; seulement alors on pourra utiliser la littérature avec profit. Il ne faut pas oublier que tout le traitement demande beaucoup de patience et une assez grande dépense de force.

Le lecteur pourra se convaincre, en parcourant les lignes qui vont suivre, que l'exposé de la méthode de Brandt n'est pas chose facile. Nous réclamons donc son indulgence si, par-ci par-là, nous ne pouvons éviter certaines répétitions absolument nécessaires pour la clarté du sujet.

Pour lui en faciliter la compréhension, nous mettons à sa disposition un grand nombre de planches originales, dessinées par nous-mêmes d'après nature, sous la direction de Brandt, et reproduites au moyen de la phototypie par la Maison Thévoz, de Genève.

En terminant, nous parlerons de certaines maladies qui ne rentrent pas dans le cadre gynécologique, par exemple la migraine, le prolapsus du rectum, qui sont également traitées avec succès par la gymnastique et le massage.

HISTORIQUE

Bien que le massage occupe, depuis longtemps déjà, une place d'honneur dans le traitement des affections chirurgicales, nous pouvons dire, sans crainte d'être démentis, que, dans certains pays, ce n'est qu'avec de grandes difficultés qu'il a fait l'assaut du domaine gynécologique, tandis que, dans d'autres, il est même resté complètement ignoré à ce point de vue.

Pourquoi ce nouveau moyen thérapeutique est-il ainsi relégué au second plan, ou même combattu souvent avec violence par les médecins ? Les raisons en sont pour nous les suivantes : tout d'abord, la difficulté de poser un diagnostic gynécologique par la palpation, ce qui ne peut s'acquérir que par une grande expérience ; car celui qui a besoin d'une sonde utérine pour différencier une antéflexion d'une rétroflexion, ne doit pas s'occuper de massage gynécologique ; puis une certaine timidité des médecins en ce qui concerne leur intervention dans les parties génitales de la femme ; enfin la non-existence d'une méthode rationnelle sur laquelle le chirurgien puisse s'appuyer, et, par là, arriver à des résultats positifs.

Et pourtant, elle existait cette méthode ! Malheureusement, elle avait un grand défaut : *étant l'œuvre d'un laïque, n'ayant pas reçu le « baptême universitaire »*, elle n'inspirait aucune confiance.

Même dans son pays, l'innovateur fut conspué ; les sociétés médicales de Stockholm et de Christiania déclarèrent cette nouvelle manière de traiter les affections utérines « dangereuse et immorale » ; le professeur Malmsten fut un de ses grands détracteurs ; les accusa-

tions les plus graves furent lancées contre elle (1). Malgré toutes ces difficultés, Thüre-Brandt s'est adonné cœur et âme, depuis plus de trente ans, à l'étude des affections gynécologiques ; il a fouillé, pour ainsi dire, les points les plus reculés du bassin.

En dehors de tout ce qu'avaient fait les médecins, il s'est créé, par lui-même, une méthode d'exploration et de traitement, avec laquelle il a obtenu des milliers de guérisons. Grâce à sa persévérance, à sa confiance absolue dans sa méthode, il est arrivé à faire admettre ses idées dans une partie du monde médical, et de tous les pays, les malades viennent à lui.

Les désillusions amères qu'il a supportées pendant de longues années trouvent une belle compensation dans le fait que, depuis quelques années, les gynécologues les plus renommés se rendent à Stockholm pour faire la connaissance du « Père du Massage en Gynécologie. » Nous sommes heureux de le féliciter publiquement de ses succès.

Quiconque a eu l'occasion de vivre dans l'intimité de Brandt a pu se convaincre qu'il avait devant lui un homme profondément honnête et loyal, grand ami de la vérité, ennemi de toute chose inexacte.

Généreux, il ouvre largement les portes de son hôpital ambulant aux médecins qui s'intéressent à sa méthode, et qui ont fait spécialement de la gynécologie. Il ne ménage pas son temps, s'occupant d'eux plusieurs heures par jour, et, chose très importante, n'hésitant jamais à faire contrôler ses diagnostics.

Pour terminer, il est d'un commerce agréable et d'une grande amabilité. Qu'il reçoive ici nos remerciements les plus sincères pour l'accueil si sympathique que nous avons trouvé auprès de lui.

En dépit de toutes les guérisons obtenues, et malgré ses hautes qualités personnelles, Brandt n'a pu faire admettre ses principes que depuis quatre ans, et cela grâce aux circonstances suivantes: le docteur

(1) Faisons une exception pour le gynécologue Skoldberg, qui, désireux de s'initier à cette méthode, et ayant déjà traité quelques malades par le massage, mourut sans avoir pu donner suite à ses projets.

PROFANTER, de Vienne, chirurgien et gynécologue distingué, ayant eu l'occasion, pendant l'hiver 1885-86, d'étudier chez Brandt d'une façon complète sa méthode et persuadé de son efficacité, arriva à convaincre Brandt et son élève, le docteur NISSEN, de Christiania, de venir à Iéna soigner quelques malades, sous le contrôle d'un des gynécologues les plus savants de l'Allemagne, le professeur Schultze. La démonstration de la vérité de son traitement fut éclatante ; car il soigna à Iéna seize cas, parmi lesquels des paramétrites chroniques et subaiguës, oophorites, perioophorites, rétroflexions, descentes utérines, prolapsus totaux et un hématome. Le traitement dura de deux à huit semaines; dans presque tous les cas, la guérison fut complète, et, dans les autres, on remarqua une amélioration considérable. C'est à Profanter que revient en somme l'honneur d'avoir vulgarisé le massage en Allemagne, lui qui, faisant sortir du modeste cabinet du gymnaste suédois sa méthode, l'a conduite dans les palais de la science médicale. Profanter nous donne la description du séjour de Brandt, en novembre 1886 à Iéna, dans un livre publié en 1887 sous le titre de *Massage en gynécologie.*

Le professeur SCHULTZE, dans la préface de ce volume, n'hésite pas à recommander la méthode de Brandt dans son ensemble et dit : Nous avons acquis la conviction que, par la méthode de Brandt, on peut obtenir de beaux résultats dans le traitement des fixations paramétritiques de l'utérus, en les distendant et en les libérant ; dans d'autres cas, on peut rendre leur tonicité à certains ligaments, tonicité disparue sous l'influence d'un abaissement ou d'un prolapsus utérin.

Schultze, que nous avons vu à Stockholm, nous a déclaré être un chaud partisan des principes de Brandt.

Plusieurs publications ont paru à ce sujet ; citons spécialement celle du docteur NISSEN, de Christiania (communication faite à la Société médicale de cette ville), le premier médecin scandinave qui s'initia à la méthode de Brandt et grand ami de ce dernier.

Puis REVES JACKSON (*Transactions of the amer gynecological Society*, V, 1881), qui a obtenu de jolis résultats dans des cas de métrite chronique, et ASP (*Virchow's und Hirsch Jahresbericht*, 1879,

XIII, II. 3), directeur d'un gymnase médical à Helsingfors, attaquant les péri- et para-métrites et la métrite chronique avec succès.

Parmi les médecins allemands, mentionnons : Prochownik, qui s'est créé une méthode en dehors de celle de Brandt ; il dit que le massage est très douloureux ; cependant il le conseille pour (Prochownik, *57. Versammlung deutscher Naturforscher, Magdebourg, 1884)* faciliter la résorption des produits pathologiques, activer la circulation et obtenir l'extension des cicatrices pelviennes.

Rosenstein (*Centralblatt für Gynecologie*, V, 13. 1881) rapporte un cas d'hématocèle rétro-utérine colossale due à l'application du courant galvanique sur l'utérus gravide, dans le but de provoquer l'avortement. Le massage en amena la résorption rapide. Peters et Bunge massent aussi des hématocèles ; en Autriche, Chroback, Bandl, Heizmann, Reibmayr, Winiwarter et Gussenbauer se sont occupés de ces questions. Ce dernier *(Prag. Med. Wochenschrift*, II, 3. 1881) parle des bons résultats obtenus par le massage dans la métrite et l'endrométrite chronique.

En France Norstrom, en Suisse Vulliet.

En analysant la plupart de ces publications, abstraction faite peut-être de celle de Nissen, écrite en norwégien et de laquelle nous n'avons pu avoir qu'un résumé, on est étonné de trouver, sur la méthode et le principe de Brandt, les renseignements les plus superficiels, des indications contradictoires ou des données inexactes. Par exemple, Reibmayr, dans son livre sur le massage s'appliquant aux différentes branches de la médecine, ne semble connaître de la méthode de Thure-Brandt que l'élévation utérine. La description qu'il en donne est du reste inexacte, comme on pourra s'en convaincre en la comparant avec la vraie méthode de Brandt, exposée un peu plus loin. Reibmayr dit : « Il faut deux personnes pour exécuter cette manœuvre ; l'une d'elles soulève la matrice dans la direction des parois abdominales par les doigts introduits dans le vagin, tandis que l'autre saisit l'utérus à travers les parois abdominales. Alors commence l'action combinée de ces deux personnes, laquelle doit favoriser la résorption des adhérences et les détruire par des frictions, des traductions et des pressions. Il est cer-

tain qu'en agissant ainsi (c'est toujours Reibmayr qui parle) on réussira à faire disparaître des adhérences qui auraient résisté à tout autre traitement. Mais on ne peut nier que, dans beaucoup de cas, cette intervention ne soit dangereuse. Seuls les malades ayant souffert des années, sans trouver aucun soulagement, s'exposeront à un traitement pareil. »

Cette description est absolument fantaisiste et on ne peut certainement pas l'appliquer à Brandt. Il est vrai que Reibmayr, dans une publication ultérieure, *Die Technik der Massage*, 1884, reconnaît en partie les erreurs commises par lui.

Chroback décrit le massage utérin de la manière suivante : « L'opérateur, après avoir saisi l'utérus des deux mains, comme dans l'examen bimanuel, exerce sur lui une pression douce et continue ; il pratique ensuite un peu de pétrissage de la paroi inférieure du ventre. »

Ziegenspeck, élève de Brandt, trouve que le degré de force employé par ce dernier, dans le traitement des rétractions cicatricielles, n'est pas suffisant, et conseille de l'augmenter. Brandt n'a jamais manqué de nous rendre attentifs aux résultats déplorables que l'on obtiendrait en suivant les dangereux conseils de Ziegenspeck. Nous avons même vu un cas très instructif, corroborant sa manière de voir. Une malade, traitée à l'hôpital ambulant de Brandt par un de ses élèves, probablement d'une manière trop énergique, fut atteinte d'un exsudat.

Heitzmann recommande, suivant les circonstances, d'introduire dans le vagin un ou deux doigts, et même la moitié de la main. Brandt ne se sert jamais que d'un seul doigt.

Nous n'aurions aucune objection à faire à ce que chaque médecin choisît sa méthode, pourvu que les résultats obtenus fussent aussi heureux que ceux de Brandt.

Le plus grand nombre des auteurs concluent qu'il ne faut recourir au massage que lorsque tous les autres traitements ont échoué, parce qu'il est, d'après Prockownik, douloureux, et que, absorbant beaucoup de temps, les malades l'acceptent plus facilement comme dernière planche de salut.

Ce n'est en somme, comme nous le disions plus haut, que depuis le séjour de Brandt à Iéna que sa méthode fut reconnue juste, et que plusieurs gynécologues prirent la route de Stockholm, pour étudier spécialement ce nouveau traitement.

Voici les travaux les plus importants parus depuis cette époque :

PROFANTER *(Le massage en gynécologie,* Vienne 1887). La plus grande erreur de cette monographie en est le titre.

SCHAUTA *(Prager Med. Wochenschr.,* N° 43. 1887) donne une très bonne description, un peu raccourcie, il est vrai, de la méthode de Brandt, et propose de remplacer le terme de *massage gynécologique* de Profanter par l'expression de *thérapeutique manuelle des organes pelviens de la femme.*

RESCH, *Ueber die Anwendung der Massage bei Krankheiten der weiblichen Sexualorgane (Centralbl. für Gynecol.,* N° 32. 1887).

RESCH, traduction de Brandt, 1888, contient de nombreuses erreurs.

THEILHABER *(Münchner med. Wochenschr.,* N° 27-28. 1888) qui, à côté d'un exposé complet et conforme aux théories de Brandt sur l'extension des adhérences, néglige la partie se rapportant à la gymnastique.

VON PREUSCHEN *(Centrabl. für Gynecol.,* N° 13. 1888) communique des cas de guérison de prolapsus utérin, et insiste spécialement sur l'influence heureuse de la gymnastique sur la musculature pelvienne, dans le traitement du prolapsus. Il a constaté, sans expliquer ce phénomène intéressant, que la musculature pelvienne se contracte, principalement le releveur de l'anus, lorsque l'on fait travailler les adducteurs avec résistance.

L'action du releveur est encore augmentée quand la malade soulève son bassin.

Par la contraction du releveur, l'ouverture vaginale du diaphragme pelvien serait rétrécie, et, par ce fait, la portion vaginale empêchée de descendre. Les élévations n'auraient d'autre but que de guérir la rétroversion.

VON PREUSCHEN *(Centrabl. für Gynec.,* N° 30), trois cas de guérison de prolapsus utérin.

LINDBLOM (*Gymnastique gynécologique. Münchner. Med. Wochenschrift*, Nos 46, 47, 48. 1888). Ce médecin, un des meilleurs gymnastes de la Suède, élève de l'Institut royal, traite toute la question à un point de vue très élevé ; dans le chapitre *Gymnastique*, on reconnaît la conviction d'un spécialiste expérimenté. Malheureusement, il ne contient aucune planche pour faciliter la tâche du lecteur. Cette monographie est certainement la meilleure que nous ayons lue.

FRÆNKEL (*Breslauer Arzt-Zeitschr.*) cite un cas de guérison de prolapsus utérin.

SEIFFART (*Massage en gynécologie*, Stuttgart, 1888), qui a eu l'occasion d'apprendre la méthode comme assistant de Schulze, pense qu'il n'est pas possible d'en étudier la technique dans les livres ; aussi renonce-t-il à toute explication. Il cite douze cas, qui lui sont personnels, de paramétrite, oophorite, périmétrite et prolapsus depuis 26 ans ; en tout, il a employé le massage 60 fois.

FRÆNKEL (*Ueber meine Behandlung der Scheidengebarmuttervorfälle. Berl. Arzt-Zeitschr.*, N° 10. 1888).

WINAWER (*Ueber die Thüre Brandt'sche Methode als Mittel die erkrankten Tüben palpierbar zu machen. Centralbl. für Gynecolog.*, N° 52. 1888).

BUM (*Traitement manuel des affections gynécologiques. Wiener med. Presse*, N° 40, 1888, et N° 1-2, 1889) a traité la question en général, mais incomplètement.

KUMPF (*Wiener Klinische Wochenschr.*, N° 36-37, 1889. *Traitement du prolapsus du rectum*) cite deux cas de guérison, dont l'un, très intéressant, démontrant l'influence de l'élévation, sera relaté plus loin.

PROFANTER (*Traitement manuel du prolapsus utérin, d'après la méthode de Brandt*, Bruxelles, éd. Henri Lamertin). Il cite le traitement en général, mais parle encore, spécialement, du prolapsus guéri par Brandt à Iéna. Relatant les notes de Skutsch sur ce cas, notes prises une année après le traitement, il dit que la portion vaginale était en avant et au-dessus de la ligne spinale : la lèvre antérieure, cinq centimètres en arrière du bord inférieur de la symphyse et un peu en haut. Dans le

cul-de-sac postérieur se trouvait l'utérus en rétroflexion. En somme, même résultat que celui obtenu dans la plupart des colporrhaphies, c'est-à-dire guérison de la descente, mais persistance de la rétroflexion.

Gielsky (*Centralbl. für Gynecol.*, N° 14, 1889) a donné les traits principaux de la méthode de Brandt avec modification. Il veut, entre autres, remplacer le doigt par un instrument, idée du reste très malheureuse, qui fait perdre tous les avantages du massage bi-manuel.

Fellner (*Méthode de Brandt. Klinische Zeitschr., Wien, 1889. Bd.* III, 4. 11. *Klinische Beiträge zur Thüre-Brandt'schen Methode, Wien,* 1890) cite des observations de guérisons, soit à Stockholm, chez Brandt, soit dans sa clientèle particulière.

Reibmayr (*Unterleibsmassage mit spec. Berücksichtigung der Anwendung in der Gynecologie,* 1889).

Weissenberg (*Beitrag zur Massage des Uterus. Centralblatt für Gynecologie,* N° 22, 1889).

Jordam, docteur de Cracovie, parle de prolapsus guéri.

Von Braun-Fernwald (*Klinische Beiträge zur manuellen Behandlung,* Wien, 1889).

Pawlik (*Traitement du prolapsus. Centralbl. für Gynec.,* N° 13, 1889) n'est pas très content de ses résultats.

Stroynowski (*Deux guérisons de prolapsus utérin. Centralblatt für Gynecol.,* N° 29, 1889).

Bold, de New-York (*Traitement de l'incontinence*).

Goldspiegel (*Archives de Tocologie,* 1889).

Freudenberg (*Traitement mécanique des tumeurs abdominales.* Berlin, 1890) dit avoir obtenu de très beaux résultats dans les hémorrhagies. C'est un travail très consciencieux, comprenant six cas, parmi lesquels une tumeur fibreuse de la grosseur d'une noix siégeant dans la paroi antérieure de l'utérus ; deux cas de fibrômes sous-séreux de la grosseur de la tête d'un enfant, et trois cas de myômes multiples, l'utérus correspondant aux 6me et 7me mois de la grossesse. Les résultats ont toujours été satisfaisants.

Hertzsch (*Centralbl. für Gynecol.,* N° 36, 1890. *Klinische Bei-*

träge zur Thüre-Brandt'schen Behandlung. Wien, 1890) a obtenu de bons résultats qui sont relatés dans cet ouvrage.

LANDAU Théod. (*Therapeut. Monatshefte*, 1890, Juli. *Die Gynecologische Palpation*) décrit la méthode d'examen des malades d'après Brandt, et en donne l'explication anatomique, physiologique et pratique. C'est un bon ouvrage.

LANDAU Théod., assistant du docteur L. Landau (*Vortrag in der Berl. med. Gesellsch.*, 11. Juni 1890. *Untersuchung und Diatetik Schwangere und Wöchnerinnen*) applique la méthode de Brandt aux femmes enceintes, chez lesquelles l'utérus détermine des symptômes de compression sur la vessie. Il l'emploie aussi s'il existe de la constipation due à la pression exercée sur le rectum et le colon par l'utérus gravide ou à la diminution de la pression abdominale. Il traite par le même procédé les douleurs des reins et des jambes provenant de compression des nerfs, ainsi que les troubles de la circulation (œdème, varices, qui s'expliquent non seulement par la pression, mais encore parce que, suivant Spiegelberg, au début de la grossesse, les veines pelviennes se dilatent). Dans les cas ordinaires, les médecins consoleraient la malade, la feraient rester au lit et la traiteraient symptomatiquement. Landau, par la gymnastique et des élévations prudemment faites, soulage rapidement ces malades. On pourrait supposer que, directement après l'élévation, l'utérus retourne dans sa position ; ce n'est pas le cas ; l'utérus reste un peu plus haut et tous les symptômes disparaissent ; la pression n'existe plus. Un fait certain, c'est que, pendant l'élévation temporaire, quelques anses intestinales peuvent se glisser dans le bassin et empêcher ainsi l'utérus de retomber, tandis que les matières fécales et les gaz peuvent s'échapper dans l'S iliaque et arriver ainsi dans le rectum.

En parlant du vomissement incoercible, il émet l'hypothèse que les cas guéris par la méthode de Copemann s'expliquent par le fait que l'élévation s'est faite inconsciemment par le vagin ; il complète ce traitement par des mouvements de gymnastique décongestionnant le bassin.

Disons aussi quelques mots sur Brandt lui-même, qui, soit dit en passant, joue en gynécologie le même rôle que Priesnitz en médecine. Au début de son activité, Brandt, quoique laïque, possédait pourtant quelques notions superficielles de science médicale. Il était du nombre de ces officiers suédois qui, chaque année, doivent suivre un cours de gymnastique à l'Institut royal de gymnastique à Stockholm, où on leur enseigne l'anatomie avec la dissection, la physiologie, l'hygiène, la pathologie, la mécanique et la gymnastique théorique. Ils traitent aussi, sous la surveillance de médecins, les maladies les plus variées. Après avoir terminé ses études en 1842, sous la direction de Branting et de Georgy, il fonctionna à l'Institut comme répétiteur de 1843-1844. Puis, âgé alors de 23 ans, il fut nommé professeur de gymnastique à Nörköping où, tout de suite, il eut à traiter beaucoup de femmes par la gymnastique.

En 1847, survint un événement qui devait exercer une influence très importante sur la carrière de Brandt et devait le pousser indirectement, comme nous le verrons, aux études gynécologiques. Un jeune soldat, souffrant d'un prolapsus du rectum, vint le consulter. Comme il n'avait pas de médecin sous la main, Brandt supposa qu'en exerçant de l'extérieur une traction sur l'intestin il ferait remonter le rectum. Il plaça son malade dans la position de la taille, puis, enfonçant sa main dans l'hypochondre gauche, de façon à pouvoir atteindre le repli de l'S iliaque, il attira en haut et légèrement en dedans l'intestin, tout en lui donnant de légers mouvements de trépidation qui devaient agir sur la musculature et l'innervation. L'intestin fut réduit et le malade guérit.

On retrouve encore dans le *Gymnastikon* de Brandt un cas de prolapsus, datant de 23 ans, et guéri en deux mois. Brandt lut, dans la publication du docteur Liedbeck, que les cas de descente de matrice étaient très fréquents dans certaines provinces de Suède, principalement dans la Dalécarlie. Il eut aussitôt l'idée qu'il pourrait guérir ces malades par un procédé analogue. Il étudia alors spécialement l'anatomie des organes pelviens et arriva à la conclusion que, la matrice réduite, il pourrait, avec les deux mains, l'attirer en haut et la fixer, pour ainsi dire, par ses ligaments. Le 10 août 1861, une femme, âgée

de 47 ans, souffrant d'un prolapsus depuis 27 ans, vint le consulter. En lui appliquant son traitement conçu théoriquement, il la guérit en quinze jours.

Peu de temps après, il fit une cure analogue. Ces guérisons firent naturellement du bruit dans la contrée et les patients arrivèrent en grand nombre avec les maladies les plus variées. Peu à peu il se créa une méthode, composée de manœuvres locales associées à une gymnastique spéciale ; il avait remarqué, en effet, que les malades atteints d'affections gynécologiques présentaient souvent des symptômes généraux, sur lesquels cette gymnastique avait une excellente influence.

Il conclut, et cela avec raison, qu'il guérirait plus facilement un abaissement de l'utérus qu'un prolapsus complet. Il appliqua à la gynécologie ce fait, bien connu du reste, qu'on pouvait par le massage activer la résorption de produits inflammatoires, et traita alors avec succès la métrite chronique, les exsudats pelviens et les adhérences. En 1862, il eut l'occasion de guérir une femme multipare, atteinte d'incontinence d'urine, provenant d'un relâchement du sphincter vésical. Il indiqua aussi plusieurs méthodes pour redresser l'utérus et se créa un arsenal gynécologique complet.

Nous ne saurions donc refuser notre admiration à un homme qui, n'ayant pas fait d'études médicales, nous a indiqué une méthode appelée à jouer un grand rôle en gynécologie, méthode qui, soit en se substituant à d'autres traitements, soit en se combinant avec eux, pourra limiter quelquefois la « *furia* » opératoire de beaucoup de gynécologues modernes.

Disons en terminant, et pour répondre à ceux qui accusent sa méthode d'être dangereuse, que pendant toute sa carrière, Brandt n'a pas perdu une seule malade par suite d'affection péritonitique ou d'embolie.

PHYSIOLOGIE DE LA GYMNASTIQUE

ET

DU MASSAGE

Pour bien comprendre l'influence de la gymnastique et du massage sur l'organisme, il faut connaître la marche de la circulation lymphatique et sanguine, écrit Dollinger, dans son excellent livre sur le massage.

Dans les conditions physiologiques ordinaires, les tissus de l'organisme rendent à leur entourage la partie du sérum sanguin qu'ils avaient reçue pour leur nutrition, et qu'ils avaient chimiquement transformé en en faisant usage pour la fonction à laquelle ils sont destinés.

Ces sucs pénètrent alors dans les *fentes lymphatiques*, qui sont l'origine des vaisseaux lymphatiques eux-mêmes : ces espaces lymphatiques sont tapissés d'un endothélium.

Ils communiquent avec les mailles du réseau lymphatique, composé d'un grand nombre de canaux très fins et très délicats, reliés entre eux et tapissés d'un endothélium ; ce réseau débouche dans les lymphatiques proprement dits. Les vaisseaux lymphatiques, tapissés aussi d'un endothélium, se composent d'une membrane anhiste, d'une adventice et de fibres musculaires lisses, à direction oblique, et qui, d'après les travaux de Heller, se contractent d'une façon rythmique. Cette musculature lisse est surtout développée dans les vaisseaux lymphatiques des extrémités inférieures et du canal thoracique. Ces vaisseaux possèdent en outre un système de valvules. Les lymphatiques se ren-

dent aux ganglions, les abordent par leur surface convexe, se répandent dans la glande et en ressortent par la surface concave. Pendant ce passage dans la glande, la lymphe devient plus pauvre en suc et plus riche en cellules. L'augmentation des globules provient, soit de la prolifération des cellules lymphatiques, soit de la transformation des cellules folliculaires en cellules lymphatiques. Les lymphatiques des extrémités inférieures, des organes placés dans la partie inférieure du tronc, des intestins, de la partie gauche de la cage thoracique, du poumon gauche, de la partie gauche du cou, d'une partie du cœur, de la portion gauche de la tête, du cou et du bras gauche se rendent dans le grand canal thoracique, qui, commençant à la hauteur de la 1re ou 2me vertèbre lombaire, monte à la droite et en arrière de l'aorte et se jette dans la veine anonyme gauche. Les lymphatiques du côté droit de la cage thoracique, du reste du cœur, de la partie droite de l'œsophage, du poumon droit, d'une partie du foie, de la moitié droite de la tête et du bras droit se jettent dans la veine anonyme droite.

« La mise en circulation de la lymphe dépend de plusieurs facteurs, parmi lesquels les mouvements musculaires jouent le plus grand rôle. Les expériences de Luitary ont démontré qu'aucune lymphe ne s'écoule des canaux principaux d'un membre au repos; mais aussitôt que l'on fait des mouvements soit actifs, soit passifs, ou que l'on comprime les tissus, la lymphe se met à couler abondamment; généralement aussi, la lymphe ne coule que lorsqu'on effleure le membre de l'extrémité au centre, c'est-à-dire lorsque l'on pousse le contenu des espaces lymphatiques dans les vaisseaux lymphatiques.

« Si l'on veut tirer une conclusion de cette circulation sur la nutrition générale de l'organisme, on verra que cette nutrition se fait d'une manière beaucoup moins parfaite lorsque le corps est absolument en repos que lorsqu'il est en mouvement.

« Aussitôt la lymphe chassée, par la contraction des muscles, dans les vaisseaux, ceux-ci qu'elle gonfle, dilate et irrite se contractent d'une façon rythmique et la poussent en avant. Comme elle aurait une tendance à revenir en arrière, surtout dans les parties déclives, ces vaisseaux sont pourvus de valvules.

Braune nous a appris en outre que les grands systèmes aponévrotiques produisent une aspiration sur le système lymphatique et les veines du membre inférieur, au niveau du ligament de Poupart, pendant les mouvements de ces extrémités. Herzog, de même, parle de l'influence des aponévroses de la région claviculaire sur la circulation lymphatique du membre supérieur. Dans le système des canaux principaux, la circulation se fait grâce à la pression négative qui se produit dans les organes contenus dans la cage thoracique et qui augmente pendant l'inspiration. La mise en mouvement de la lymphe des organes abdominaux est donc activée par chaque inspiration. Donc, d'une part la pression du diaphragme sur les organes abdominaux chasse en avant la lymphe, qui, d'autre part, est appelée par la pression négative, augmentant à chaque inspiration.

Ainsi le système lymphatique ne possède pas un organe propulseur, comme le cœur pour le sang, mais les forces agissant sur lui, se résument en un système de succion, de pression et de refoulement.

La force aspirante est produite par *la pression négative respiratoire* et *l'influence des feuillets aponévrotiques des extrémités de chaque membre ;* et la force refoulante provient de *l'activité de la musculature de tout l'organisme*, la *musculature propre du lymphatique* et la *tension élastique des tissus.*

La lymphe se compose du plasma, des cellules lymphatiques ayant des mouvements amœboïdes, des corpuscules moléculaires et de quelques globules rouges ; en outre, on y rencontre des débris de tissus, et de fines granulations, arrivées dans la circulation sanguine. Les lymphatiques ne charrient pas seulement les sucs qui ont été utilisés pour la nutrition des tissus, mais encore toutes les matières étrangères qui ont pu pénétrer dans ces tissus, et qui ne s'opposent pas d'une manière mécanique à leur circulation. Ainsi, des liquides injectés sous la peau sont conduits à la circulation sanguine, et de fines parties, très bien broyées, seront prises dans le courant lymphatique, amenées et déposées dans les ganglions.

Mosengeil (*Langenbeck's Archiv für klinische Chirurgie*, 3 et 4, 1876), a démontré ces faits d'une façon fort claire par les expériences

que l'on connaît, consistant à injecter des liquides et des matières soigneusement divisées, par exemple de l'encre de Chine finement pulvérisée, dans les articulations de deux membres, et à montrer combien elles cheminaient plus facilement ou étaient plus aisément absorbées dans le membre sur lequel on opérait un massage, ou que l'on mettait en activité.

Reibmayr a fait, lui aussi, sur trois sujets, des expériences qui prouvèrent que les échanges nutritifs étaient complètement modifiés par le massage et la gymnastique.

Nous voyons donc l'immense influence que peut avoir la gymnastique sur la circulation lymphatique et sanguine, car ce qui est vrai pour l'une des circulations l'est aussi pour l'autre.

Nous savons toute l'influence que nous pouvons exercer sur la circulation sanguine par le massage. Les vaisseaux ont une innervation et une musculature de vaso-constricteurs et de vaso-dilatateurs, dont les centres sont dans la moëlle ; la paralysie des uns favorise l'action des autres, et joue ainsi un grand rôle. Un nerf sensible irrité agira par action réflexe sur les vaisseaux, en les faisant se contracter dans tout le territoire appartenant à ce nerf, tandis que les autres vaisseaux se relâcheront pour équilibrer la quantité du sang.

Nous savons que, dans un organe régulièrement innervé, une irritation légère amènera une contraction des vaisseaux et que la partie irritée pâlira, tandis que, par une irritation plus forte ou plus prolongée, il se produira une dilatation vasculaire, de la réplétion sanguine, une rougeur avec augmentation de chaleur locale. Cette dilatation provient en partie de l'action réflexe, et en partie aussi de l'irritation directe sur la paroi du vaisseau.

Zabludowski a fait des expériences dans ce sens, et a constaté que sous l'influence du massage des nerfs sensibes qui se réfléchissent sur le *vague*, le pouls qui était de vingt-six pulsations chez l'animal en expérience, avant l'opération, montait bientôt à soixante-quatre, diminuait pour se maintenir longtemps encore à trente-six.

Nous pouvons donc, par des massages et des manipulations légères, mais durant un certain temps, agir sur la répartition sanguine. Nous

pouvons, par exemple, favoriser la nutrition d'un organe soit en y produisant une fluxion plus forte de sang, soit au contraire en appelant ce sang dans d'autres parties du corps, ce qui le décongestionnera.

L'excitabilité nerveuse est élevée par de très douces manipulations, abaissée par de plus énergiques, et, par de très fortes, elle peut être paralysée pour un certain temps ou même tout à fait abolie. Nous voyons donc quelle influence le massage peut avoir sur le rétablissement de l'excitabilité des nerfs, soit comme calmant, lorsqu'elle est trop élevée, soit comme excitant, suivant que l'on emploie des massages très doux ou de force moyenne. Il en est de même de l'élongation des nerfs ; une élongation légère élève l'excitabilité ; l'extension et la flexion douces faites dans un membre est agréable, tandis que des manœuvres plus énergiques abaissent l'excitabilité et peuvent être employées avec avantage dans certaines névralgies. En outre, nous pouvons agir par l'entremise des nerfs et provoquer des effets réflexes, comme nous l'avons vu plus haut, soit directement sur les centres, comme dans les hâchures et les ébranlements de la colonne vertébrale, où certainement l'on agit sur la circulation médullaire, soit encore par d'autres manœuvres opérées sur la tête et la nuque, manœuvres qui favorisent la déplétion du système veineux cérébral.

D'autres fois, certains effleurages agissent d'une façon calmante, comme l'effleurage du front et de la tête dans les migraines.

L'effleurage de la région ombilicale détermine des mouvements péristaltiques de l'intestin.

Si nous considérons attentivement cette physiologie, nous voyons le rôle immense que joue la gymnastique combinée au massage. L'une sans l'autre donne des résultats incomplets, souvent inefficaces, tandis que de leur combinaison jaillira la solution cherchée.

Sous le nom de *Gymnastique thérapeutique* (*Heilgymnastik*), les Suédois comprennent le massage, les manipulations spéciales et les différents mouvements de gymnastique active et passive, avec résistance ou non.

Nous avons vu de quelle façon agit *le massage*, tantôt congestionnant, tantôt chassant les sucs contenus dans les tissus, et appelant der-

rière eux un nouveau courant, apportant avec lui les éléments nécessaires à une bonne nutrition et favorisant ainsi la résorption ou l'élimination des parties nuisibles.

Les manipulations spéciales sont employées pour agir directement sur certains organes, par exemple : l'ovaire, l'utérus, les trompes, le rectum.

Elles consistent en manœuvres de réposition, de redressement, d'élongation, d'élèvement, de tonification, variant suivant les besoins ou la mauvaise position des organes.

La gymnastique est employée, soit comme devant préparer un terrain favorable au massage, détournant le courant sanguin, agissant sur l'innervation ou assouplissant les tissus, soit comme traitement général de l'organisme entier, en favorisant la circulation, la digestion, la respiration et les fonctions spéciales des organes atteints, ou achevant enfin l'action du massage en venant surajouter son résultat à celui déjà obtenu.

Le médecin doit avant tout savoir combiner ses mouvements avec intelligence, ne pas vouloir obtenir trop à la fois, et se rappeler que, ici comme ailleurs, l'excès est plus nuisible que la modération. Il devra toujours procéder avec douceur et, lorsqu'il faudra de la force, ne l'employer que très graduellement ; c'est là tout le secret d'un bon résultat.

Cette modération est obligatoire non seulement au point de vue du traitement, mais encore à celui du médecin gymnaste lui-même ; il doit économiser, se ménager, car ses forces seront vite dépensées, et il perdra alors par la fatigue cette sensibilité si nécessaire à sa réussite ; c'est alors qu'il n'aura plus connaissance du degré de force employée et qu'il dépassera souvent le but à atteindre.

GYMNASTIQUE

ET

MASSAGE EN GÉNÉRAL

AVEC

description des exercices de gymnastique et des manipulations du massage

---

La gymnastique proprement dite se divise en *mouvements actifs, passifs,* et *à résistance.*

Les mouvements actifs sont ceux faits par le malade seul ; c'est à cette classe de mouvements que se rattachent la gymnastique générale, la gymnastique de chambre, en somme la gymnastique du corps dans la vie journalière. Cette gymnastique développera non seulement la musculature et favorisera la circulation, mais encore pourra par l'exercice, dans des cas spéciaux, rappeler la conduction nerveuse dans des membres, qui avaient, pour une raison ou pour une autre, perdu l'habitude de fonctionner.

Mouvements passifs. — On appelle « mouvements passifs » ceux dans lesquels le malade reste passif, pendant que le médecin fait mouvoir le membre dans l'articulation, les muscles du malade étant complètement relâchés ; il faut toujours avoir soin de faire les mouvements dans une direction physiologiquement normale et de ne pas dépasser les limites du jeu natural des muscles et des articulations.

Mouvements à résistance. — Cette gymnastique, bien que connue de toute antiquité, a été spécialement développée par l'école suédoise

et spécialement par Ling. Ces mouvements permettent au médecin de mettre en activité certains groupes musculaires, de les faire travailler spécialement sans en entraîner d'autres et, de plus, d'agir d'une façon plus directe sur la trame musculaire sur la circulation et l'innervation profondes. Elle consiste dans le fait que le médecin oppose de la résistance aux mouvements actifs du malade ; et que la malade résiste à certains mouvements que le médecin cherche à lui faire effectuer. C'est, en somme, une lutte entre deux adversaires, mais une lutte courtoise, dans laquelle ces mouvements à résistance ne devront jamais être pratiqués avec trop de force de part et d'autre ; si la malade résiste avec trop d'énergie, elle arrêtera sa respiration, paralysera son diaphragme, contractera ses muscles abdominaux et congestionnera par cet effort des parties (tête, bassin) où l'on cherchait, au contraire, à amener une déplétion sanguine.

Cette gymnastique à résistance est souvent beaucoup plus active que les deux précédentes pour détourner l'afflux sanguin d'un point à un autre.

Par conséquent, appliquée avec intelligence, elle sera d'une grande utilité, car ici, plus que partout ailleurs, le médecin pourra absolument mesurer le degré de force employé, soit par lui-même, soit, avec un peu d'habitude, par le malade.

Dans ces derniers temps, le docteur Zander a cherché à remplacer le médecin par une machine ; cette idée semblerait audacieuse au premier abord ; mais nous devons avouer que les résultats qu'il a obtenus ne permettent pas de la critiquer, et que, dans certains cas, ces machines pourront être utilement employées.

Massage. — Le massage proprement dit est composé d'un grand nombre de manipulations; chaque médecin a plus ou moins sa manière à lui, car chacun cherche et croit trouver la meilleure; nous ne pouvons entrer dans l'énumération complète de ces différentes méthodes; cependant elles peuvent toutes, plus ou moins, être classées dans un certain nombre de groupes.

1° *L'effleurage :* Il se pratique, suivant la surface à masser, avec un

ou plusieurs doigts; avec leur extrémité ou toutes les phalanges, la paume ou le talon de la main, la région thénar ou hypothénar.

On exerce une pression plus ou moins légère, suivant la région ou le degré de sensibilité, pendant que l'on pousse en avant la main ou le doigt employé. Il faut toujours commencer doucement, n'attaquer les surfaces que tangentiellement, jamais brusquement, augmenter graduellement et finir comme on a commencé. Il ne faudra employer de pommades, graisses ou autres ingrédients que dans les cas, tout à fait spéciaux, où l'on voudra faire pénétrer dans la peau des substances médicamenteuses.

Nous pouvons placer ici le *Malning*, employé par Brandt, qui est un effleurage spécial fait avec le doigt, une sorte de « badigeonnage », opéré lentement et doucement, à travers le rectum, sur les côtés du bassin, d'avant en arrière, le long des veines hypogastriques.

2° *La friction* qui peut aussi se faire suivant la surface à masser avec les dernières phalanges en extension, avec le pouce ou toute la main.

Tandis que l'on appuie légèrement sur la peau, tout en faisant des mouvements *circulaires* ou *demi-circulaires*, on la fait glisser sur les tissus plus profonds. Après avoir terminé ce massage sur place, le médecin passe à l'endroit à côté et avance ainsi, suivant la surface à masser, l'extensibilité et la mobilité des téguments sur la profondeur.

3° *Le pétrissage*, qui consiste à pétrir, à écraser avec un doigt, une main, suivant la surface, avec plus ou moins de force, les tissus sur la profondeur, contre un plan résistant qui peut être la couche musculaire ou aponévrotique sous-tendue, ou une surface osseuse dans la plupart des cas en gynécologie. Ce pétrissage se fait bimanuellement, c'est-à-dire que la main supérieure écrase en masse les tissus *sur* le doigt intérieur qui sert de matelas. Parfois, l'on peut aussi pétrir avec la face dorsale des doigts fléchis dans la main; mais cette manipulation ne s'emploie que rarement.

Dans ces différents mouvements, et comme nous l'avons dit plus

haut, il faut avoir soin de ne pas se fatiguer de peur d'émousser, par contre-coup sur l'innervation, sa sensibilité tactile et musculaire; dans ce but, il faut chercher à utiliser tous les facteurs mis à notre service; on pourra ainsi, au lieu de contracter sa musculature, employer le poids de son corps, qui agira souvent d'une façon plus douce, plus lente, et plus effective.

La position que prendra le chirurgien auprès de la malade, ou la position de celle-ci, jouera un grand rôle dans cet ordre d'idées, et là aussi, Brandt, grâce à son immense expérience, s'est créé une méthode supérieure à toutes les autres.

Nous avons encore les *hachures* et les *tapotements*.

Les *hachures* se font avec la main ouverte, les doigts écartés, l'articulation du poignet absolument déliée. On frappe toujours avec le bord externe de la main, et seulement sur les doigts, spécialement l'auriculaire.

Les *tapotements* peuvent se donner avec l'extrémité des doigts ou d'un seul doigt, comme dans la migraine, ou avec la main demi-fermée (main creuse), le pouce en adduction; on frappe plus ou moins fort suivant l'effet à obtenir.

Ce *tapotement* se fait par des coups répétés et rapides donnés sur le sacrum ou sur les côtés, en partant de la région lombaire. (Voyez plus bas la description des mouvements de gymnastique). On l'emploie :

a) Dans les mal-positions utérines.

b) Dans les relâchements d'un ou de tous les ligaments.

Si le relâchement est unilatéral, c'est principalement du côté atteint que se feront les tapotements.

La forme forte ne doit pas être employée si la malade a des dispositions à l'hémorrhagie. La légère peut être appliquée, mais il faut y ajouter des mouvements décongestionnants.

Comme nous l'avons vu, plus haut, les tapotements faibles et de courte durée déterminent une contraction des vaisseaux et, si on

les prolonge, ils sont suivis d'une dilatation considérable du système vasculaire, pouvant aller jusqu'à la paralysie complète.

A ces différents mouvements s'ajoutent les *mouvements à ébranlements* et les *mouvements vibratoires*.

Dans les premiers, on saisit avec les dernières phalanges l'organe à ébranler, ou bien on y applique l'extrémité des doigts ; le mouvement d'origine se fait dans le coude, au moyen des muscles du bras droit et de l'épaule, l'avant-bras et la main ne servant que d'intermédiaires, par lesquels les mouvements se rendent aux parties atteintes ; il ne faut pas « se crisper, » mais maintenir les articulations dans une grande élasticité.

La *vibration* est une sorte d'ébranlement plus faible et plus rapide, souvent plus effectif. Il se donne avec l'extrémité des doigts, deuxième et troisième phalanges, même parfois avec toute la main appliquée sur l'organe ou la place à traiter.

Il y a deux sortes de vibrations : la *vibration latérale* ou par mouvement d'abduction et d'adduction, la peau étant ainsi un peu mobilisée sur les parties profondes, et la *vibration-pression*, sorte de trépidation sur place, la peau étant très légèrement comprimée sous la vibration. Cette dernière se fait avec l'extrémité des doigts immobiles, la main faisant un insensible mouvement de flexion et d'extension. Ce dernier mouvement est encore plus puissant que le précédent, aussi dans le service du docteur Levin, à l'Institut central, nous avons vu, sous son influence, les battements de cœur d'une jeune cardiaque (insuff. mitrale) diminuer de fréquence et se régulariser.

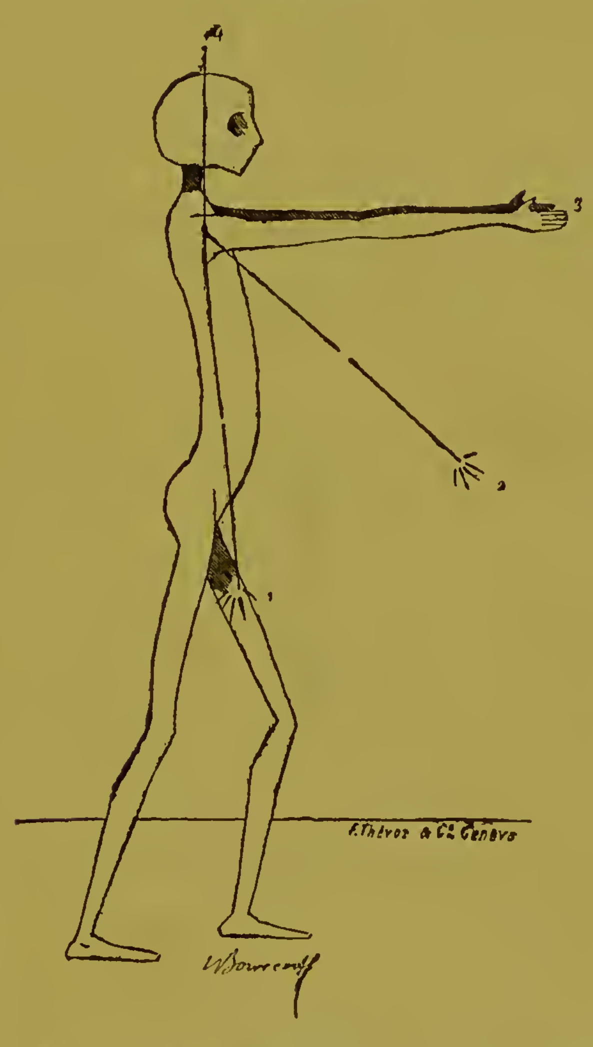
Tels sont les mouvements principaux du massage. Nous allons maintenant étudier les mouvements employés par Brandt pour la gymnastique gynécologique, le but de notre livre étant absolument spécial, et ne nous permettant pas d'entrer dans la nomenclature complète de la gymnastique suédoise.

GYMNASTIQUE

PREMIÈRE SÉRIE

Exercices libres. Mouvements actifs

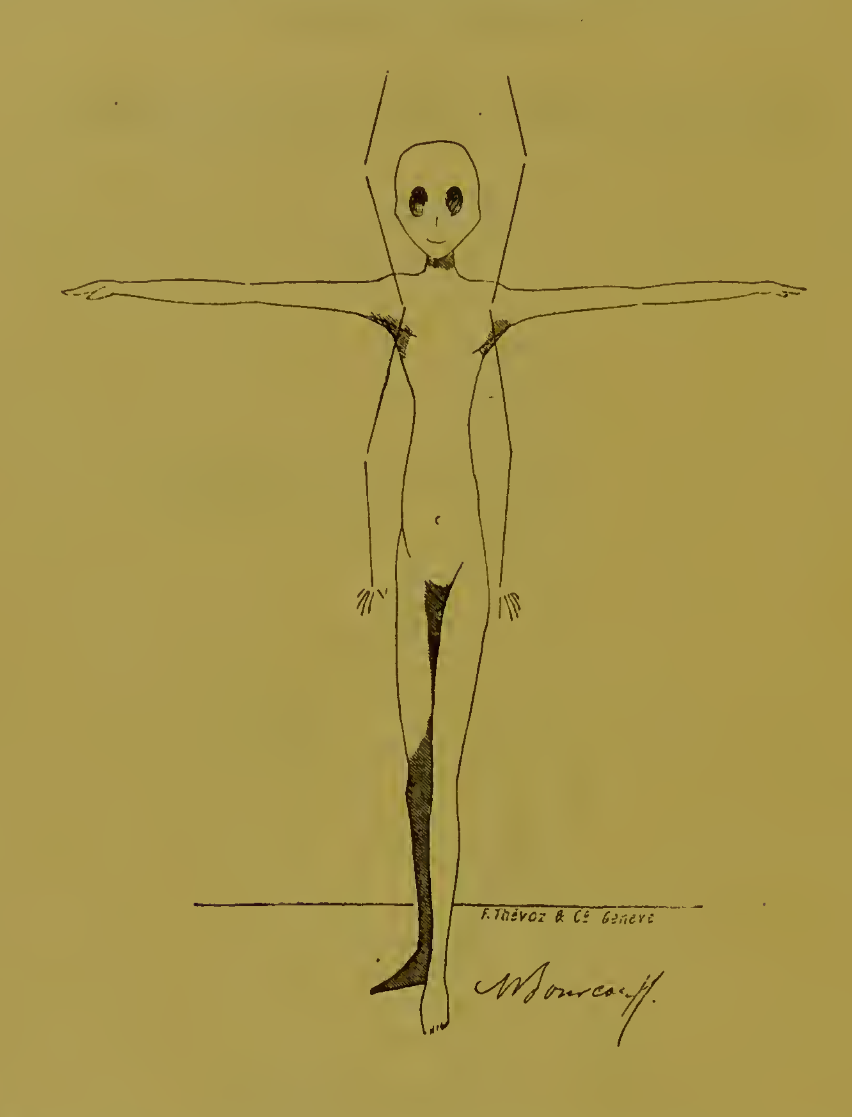
1° *Elévation antérieure et abaissement latéral des bras en station de marche.*



La malade en station de marche fait une inspiration en élevant, horizontalement et parallèlement, les bras en avant et en haut (face

palmaire en dedans), et fait une expiration en les abaissant de côté et en bas (face palmaire dirigée en bas).

Le mouvement se répète quatre à cinq fois de suite, avec un temps d'arrêt entre chacun d'eux ; il doit être exécuté lentement.



Indication. — Traitement général de l'aménorrhée. Agit principalement sur la respiration.

2° *Station dorsale demi-couchée, jambes croisées, rotation active des pieds.* — La malade s'étend sur le plint, épaules et nuque appuyées,

jambes allongées, croisées, leurs extrémités ne reposant pas sur le plint.

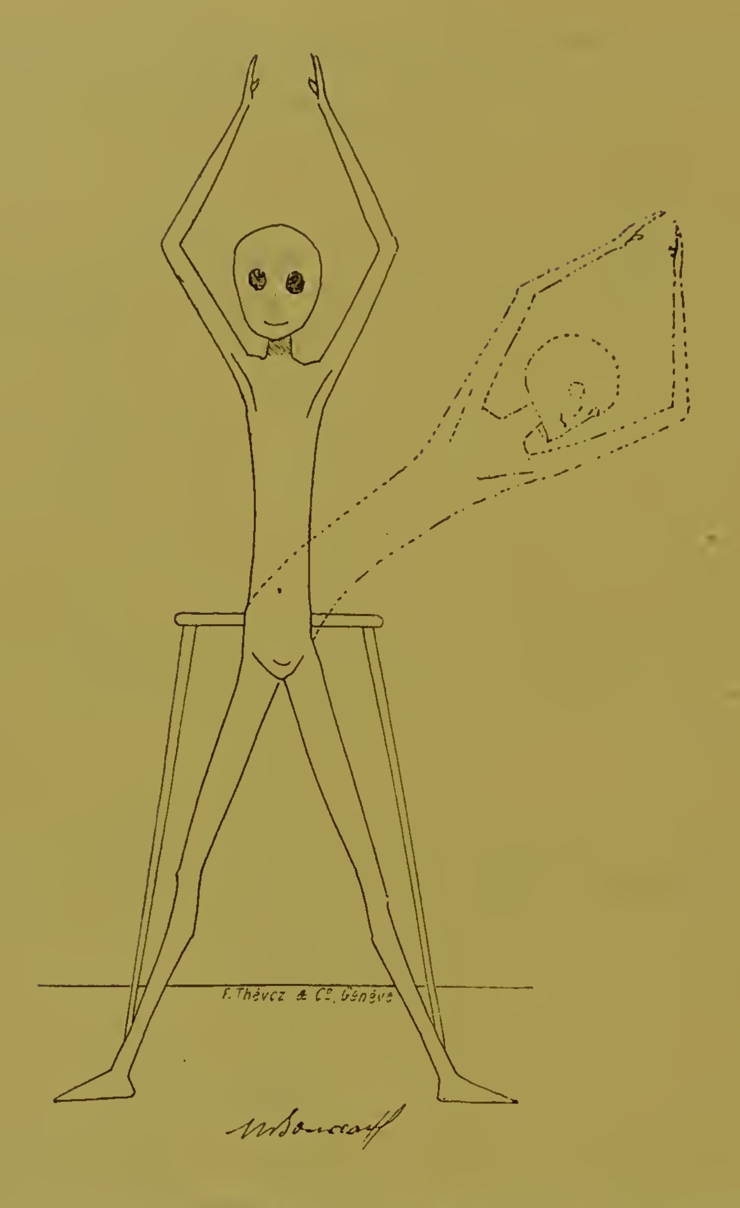
La malade exécute avec la pointe des pieds des mouvements de circumduction de dedans en dehors (le mouvement a lieu dans l'articulation tibio-tarsienne). Elle répète cet exercice après avoir croisé ses jambes en sens inverse. Ce mouvement se fait huit à dix fois dans chaque position.



Indication. — Traitement général de l'aménorrhée. Particulièrement : pieds froids. De plus il favorise la circulation générale en faisant appel vers les extrémités inférieures.

3° *Station verticale écartée et appuyée, bras au-dessus de la tête, flexion du torse dans la direction oblique en avant (alternativement).* — La malade debout, les reins appuyés contre une table, jambes écartées, bras au-dessus de la tête et légèrement fléchis, fait de côté et en même temps un peu en avant une légère flexion du tronc sur le bassin, et cela sans déplacer les bras de leur position : puis se relève, fait une courte pose et répète le même mouvement du côté opposé.

Ce mouvement se fait quatre à cinq fois de chaque côté alternativement.



Indication. — Décongestionnant de la tête en faisant travailler les muscles latéraux et antérieurs.

4° *Station verticale, un pied en appui élevé en arrière ; élévation sur la pointe, flexion des genoux, extension, position.* — La malade debout, mains appuyées sur le dossier d'une chaise placée devant elle,

fléchissant une de ses jambes en arrière, appuie le pied sur le bord du plint, la face plantaire dirigée en haut.



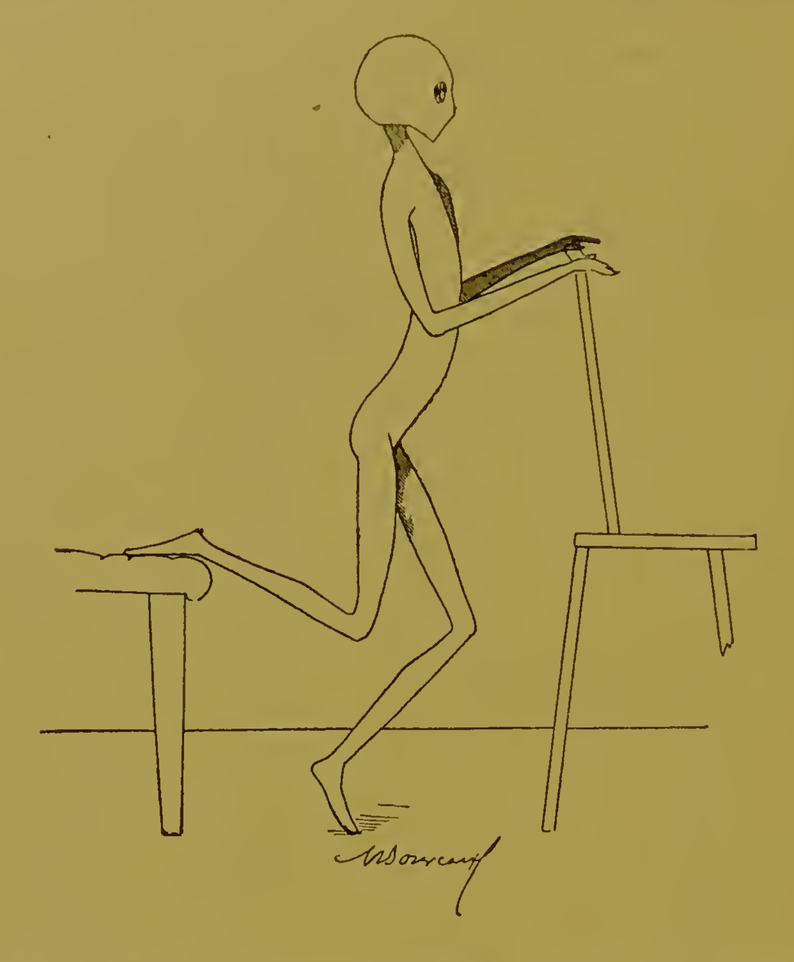
1er temps. *Extension :* Elle s'élève sur l'extrémité du pied qui repose à terre.

2me temps. *Flexion :* Elle fléchit les genoux en s'abaissant vers le sol, et cela sans abandonner ses points d'appui.

3me temps. *Extension :* Elle se relève dans la position d'extension sur la pointe du pied.

4me temps. *Position :* Elle revient à sa position de départ.

Même mouvement de l'autre côté sur l'autre pied. Cinq à six fois alternativement.



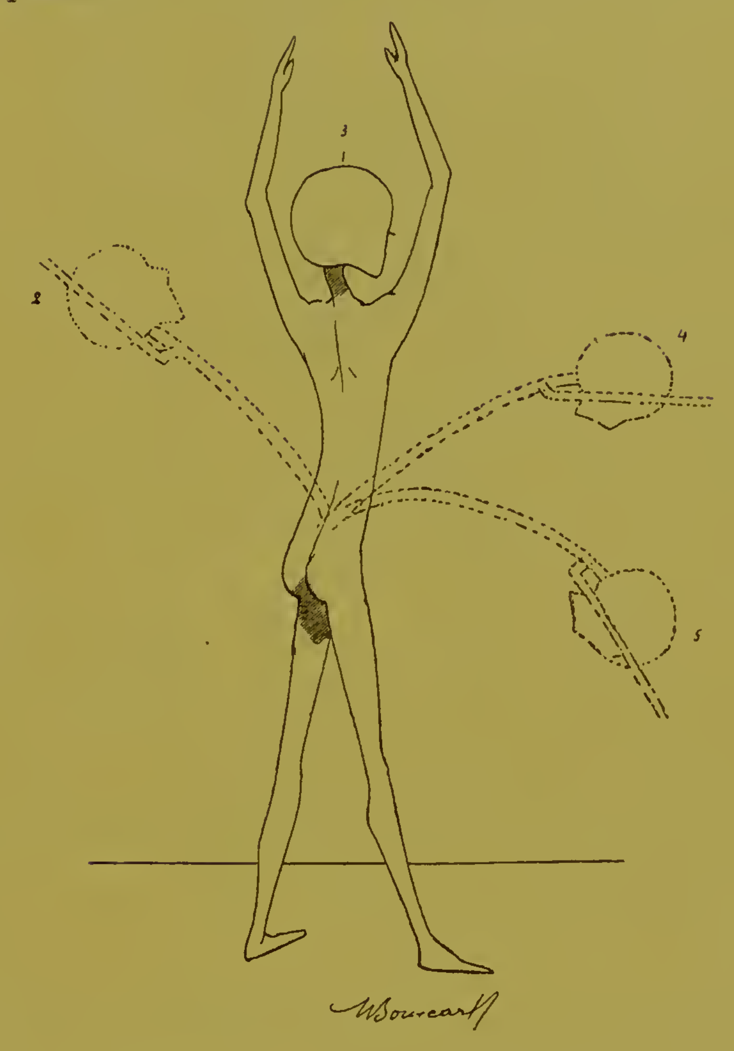
La malade doit se tenir constamment d'aplomb et même se pencher un peu en avant de façon à produire une légère lordose.

Indication. — Aménorrhée. Ce mouvement fera affluer indirectement le sang au bassin en l'attirant aux extrémités inférieures.

5° *Station verticale écartée, bras au-dessus de la tête; flexion du tronc en arrière et en avant.* — La malade, debout, jambes écartées (1), bras au-dessus de la tête, fléchit le tronc en avant, revient à

(1) Deux longueurs de pied.

la position verticale, fait une légère pose, fléchit le tronc en arrière et revient en position.



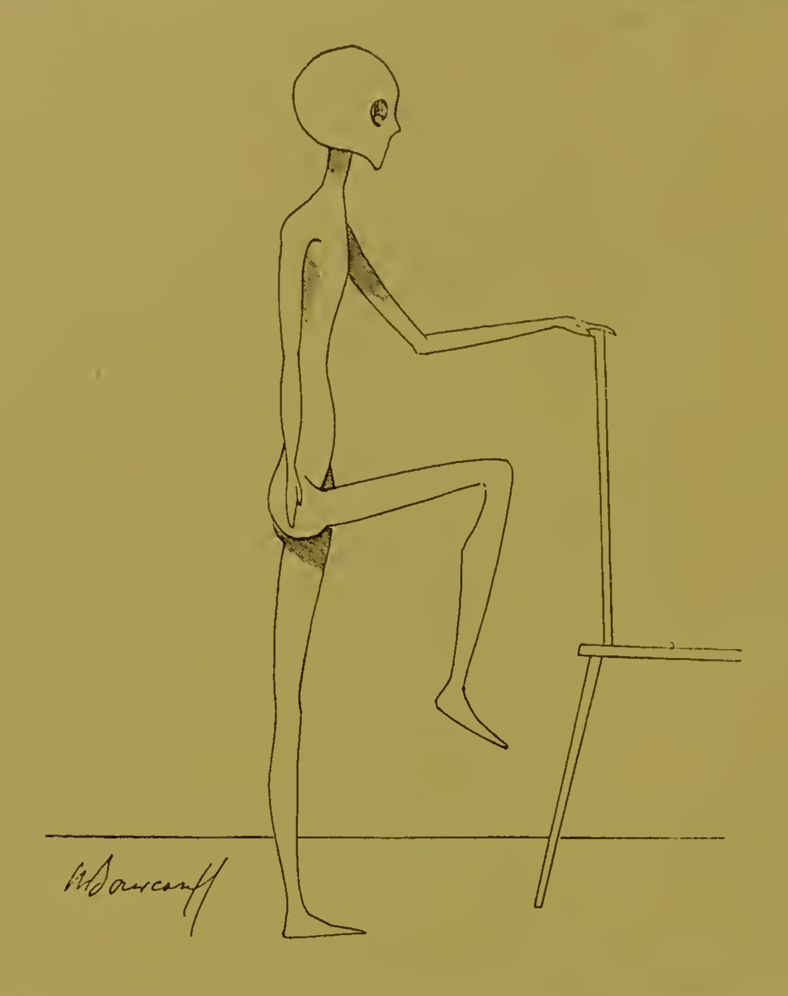
Cinq à six fois de suite, en avant et en arrière.

Il faut toujours conserver les jambes dans l'extension.

Indication. — Aménorrhée. Fait affluer le sang au bassin.

6° *Station verticale, genou élevé en avant, rotation de la cuisse en dehors.* — La malade s'appuyant au dossier d'une chaise placée devant elle, et se tenant sur la jambe correspondant à la main appuyée, élève l'autre jambe fléchie de façon que la cuisse soit à angle

droit sur le tronc, et la jambe à angle droit sur la cuisse. Dans cette position elle fait des mouvements de rotation avec la cuisse de *dedans*



en dehors. La jambe reste inerte. Puis l'on change de jambe et d'appui, et l'on reproduit le même mouvement.

Indication. — La même que pour le n° 5.

7° *Pas de gymnastique sur place en lançant les genoux en avant et en haut.* — La malade place ses mains sur ses hanches, le corps penché en arrière, fait un pas de gymnastique sur place en lançant en haut les genoux bien fléchis.

L'on fait exécuter ce mouvement environ dix fois un peu rapide-

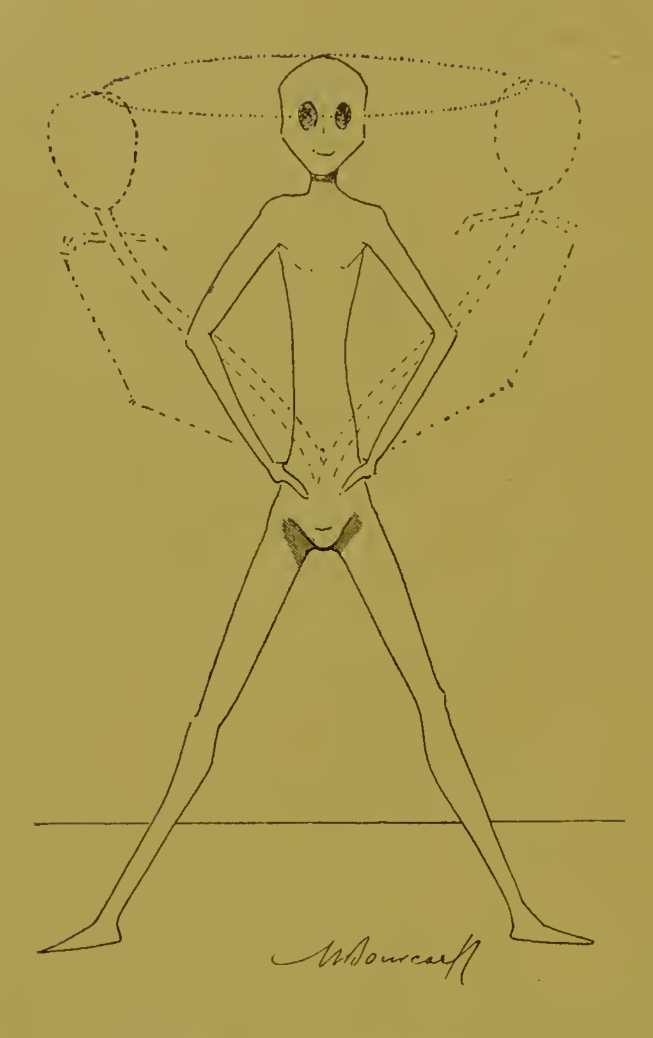
ment, et on le répète trois à quatre fois de suite avec un léger temps de repos.



Indication. — Aménorrhée. Faisant fortement affluer le sang au bassin.

8° *Station verticale écartée, rotation du tronc sur les hanches.* — La malade debout, mains sur les hanches, jambes écartées, exécute avec le tronc des mouvements de circumduction, les épaules restant horizontales et la tête relevée.

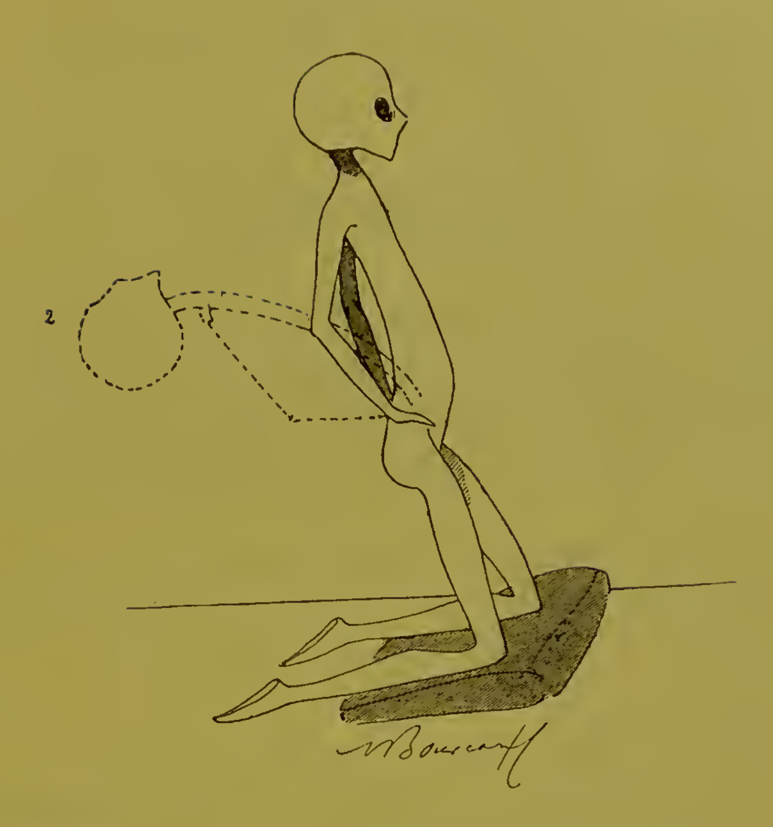
Ce mouvement s'exécute six fois d'un côté et six fois de l'autre alternativement.



Indication. — Aménorrhée pour les mêmes raisons que précédemment. S'emploie aussi dans la constipation.

9°. *Station à genoux, écartée. Renversement du tronc en arrière.*— La malade agenouillée, jambes écartées, mains sur les hanches se penche en arrière et revient lentement en avant.

Six ou sept fois de suite.



Aménorrhée.

C'est après cette série de mouvements que se pratique le massage interne fait par Brandt lui-même; puis les malades continuent la séance par les mouvements suivants.

10° *Pas sur place, en lançant les genoux en avant et en haut.* — Même mouvement, mais plus lent que le n° 7 de cette série. (Pl. IX.)

11° Comme le n° 1, c'est-à-dire : *Elévation antérieure et abaissement latéral des bras en station de marche.*

DEUXIÈME SÉRIE

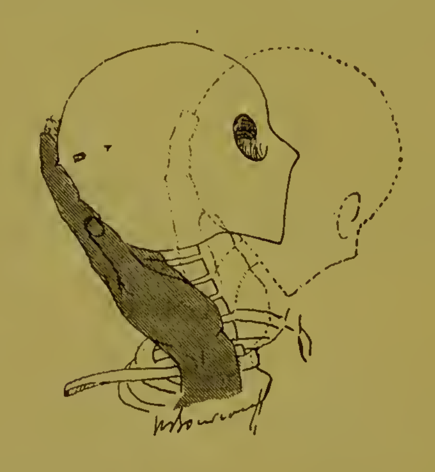
Cette seconde série, se composant de mouvements passifs et de gymnastique à résistance est plus active. Elle peut être employée seule ou se combiner avantageusement avec la précédente. Nous indiquerons après chaque mouvement leur effet spécial et leur emploi.

1° *Station de marche avec flexion de la tête* et *station de marche, bras en avant, écart des bras.*

Ces deux mouvements sont toujours associés.

a) *Flexion de la tête.*

La malade est debout en position de marche. Le médecin, placé devant elle, applique la face palmaire de ses mains de chaque côté de l'occiput de la malade en prenant appui sur le cou et les épaules par le bord lunaire et la face dorsale de ses mains.



La malade alors renverse la tête en arrière attirant avec elle les mains du *médecin qui fait résistance.* Un arrêt, puis le médecin attire la tête en avant en fléchissant les doigts, pendant que *la malade résiste* à ce mouvement.

On répète cet exercice cinq ou six fois et l'on fait immédiatement après :

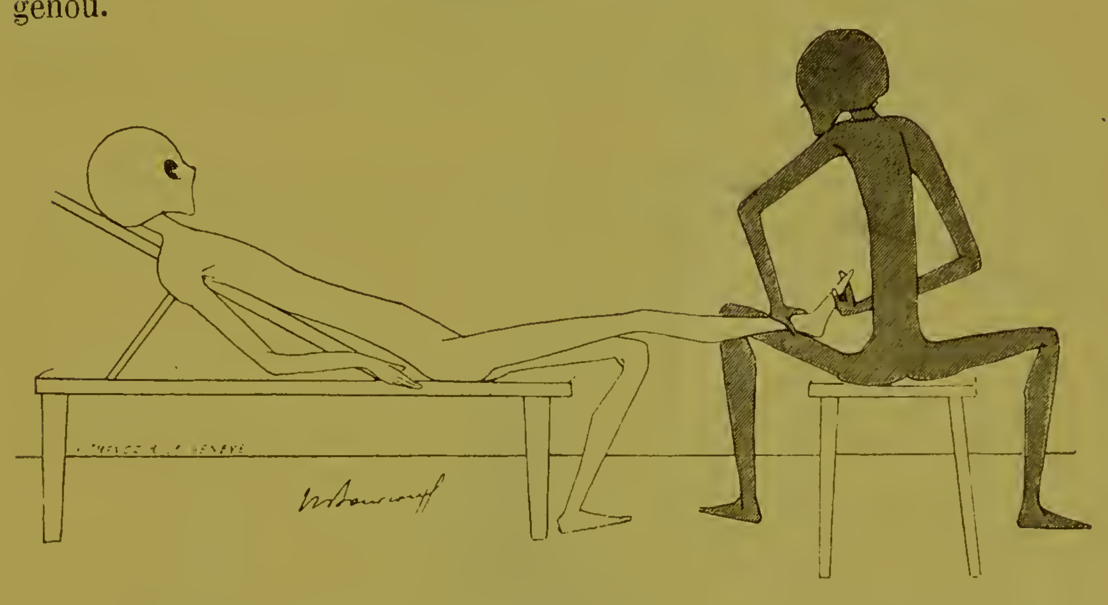
b) *Ecart des bras, position.*

La malade est en station de marche, bras tendus horizontalement en avant, paumes des mains dirigées en dedans. Le gymnaste placé devant elle, saisissant ses poignets, lui écarte lentement et horizontalement les bras de côté, pendant une inspiration et la malade faisant résistance. Pendant l'expiration, la malade ramène ses bras en avant, le gymnaste résistant à son tour. Cela six à sept fois de suite.

Indications. — Décongestionne la tête, fortifie la respiration et la circulation, par conséquent très utile dans l'aménorrhée.

2° *Station demi-couchée dorsale. Pétrissage des jambes. Flexion et extension des pieds* (avec résistance), *rotation des pieds* (passive).

a) *Pétrissage* de la jambe et du pied en commençant par le genou.



b) *Flexion* du pied. Le médecin fixant d'une main le cou de pied de la malade sur son genou, exécute, de l'autre main, placée sur la face

plantaire, des mouvements de flexion du pied sur la jambe, cinq ou six fois de suite.



c) *Extension :* Changeant ses mains de position, il défléchit et étend le pied, une main placée sur la face dorsale du pied, l'autre au talon.



Ces deux mouvements avec résistance alternative de part et d'autre.

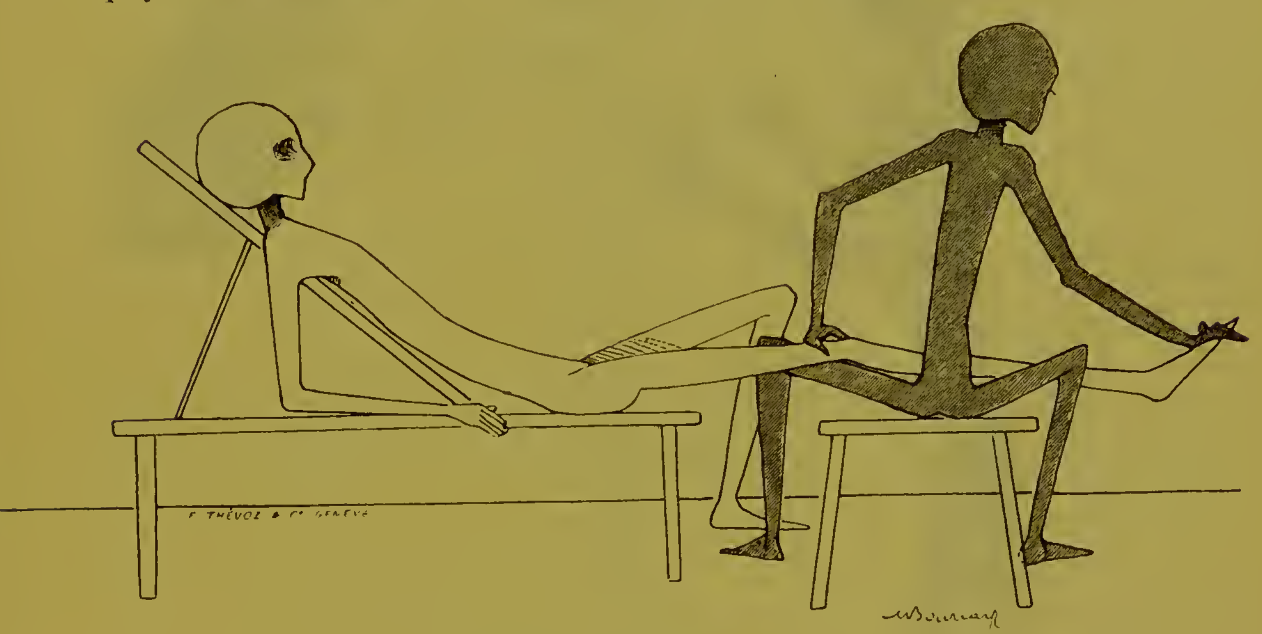
d) *Rotation.* Saisissant alors l'extrémité du pied, avec les deux mains, il lui fait subir des mouvements de rotation, soit à droite, soit à gauche.



Cinq ou six fois dans chaque sens.

Indication. — Mauvaise circulation dans les jambes, aménorrhée. En favorisant la circulation dans les jambes, il favorise indirectement la nutrition des organes du bassin.

3° *Station demi-couchée dorsale, flexion du genou avec résistance, extension passive avec vibrations.* — La malade demi-couchée, le médecin, assis à côté d'elle, place la cuisse de la malade (droite par exemple) sur son genou, au milieu du creux poplité, et l'y fixe en appuyant sa main gauche un peu au-dessus de la rotule.



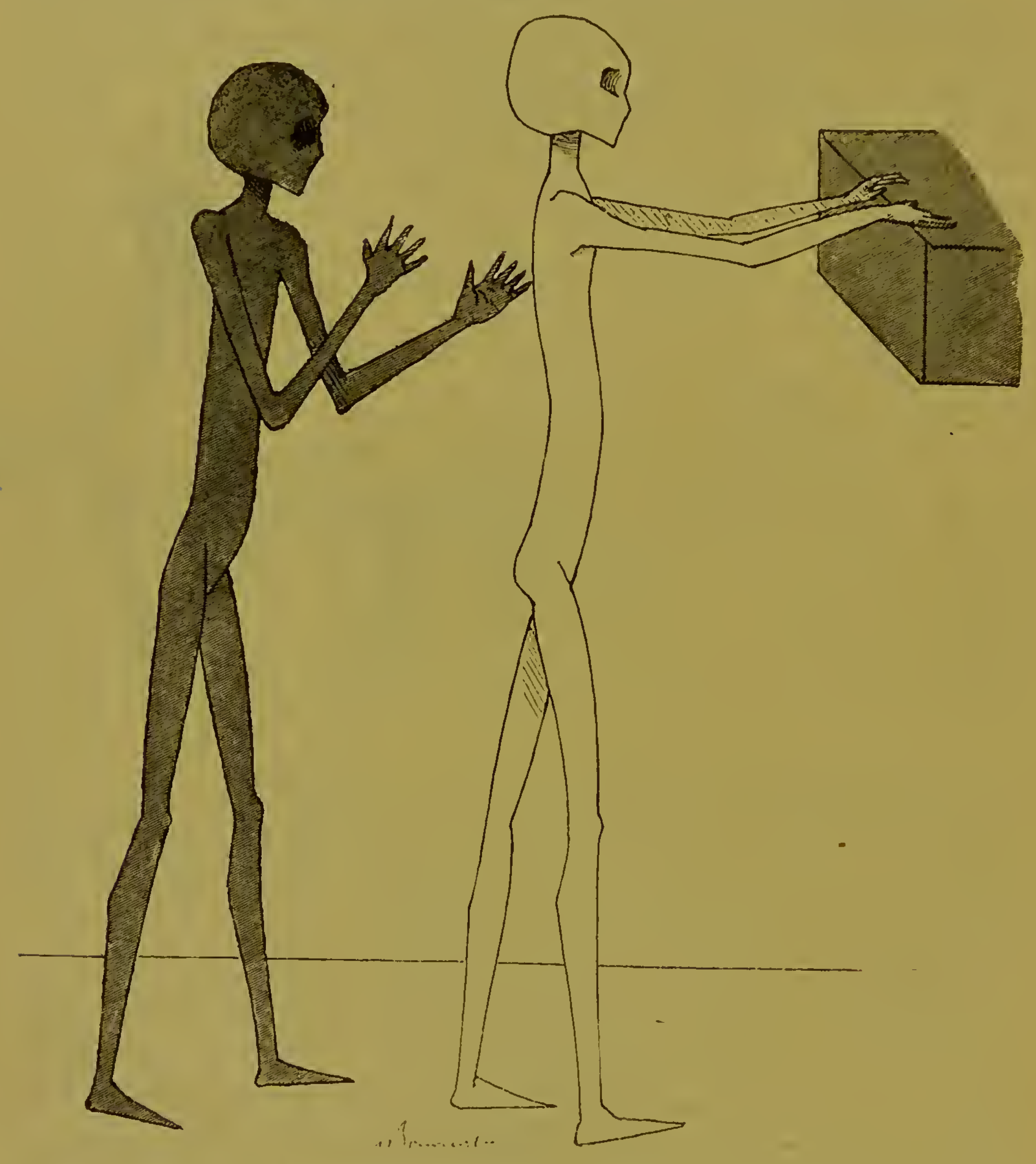
La malade ayant étendu la jambe, le médecin appuie de la main droite sur l'extrémité dorsale du pied et fait ainsi fléchir la jambe dans le genou, la malade opposant de la résistance.

Chaque fois que la malade relève sa jambe, le médecin lui facilite ce mouvement en soulevant un peu le pied. Cela cinq ou six fois de suite.

Le médecin, plaçant ensuite sa main droite sous le talon et retirant son genou, fait exécuter à la jambe un mouvement d'extension légèrement forcé, augmenté de la contrepression de la main qui appuie sur la rotule. Dans cette position, il imprime à toute la jambe des vibrations. Il passe ensuite à l'autre jambe.

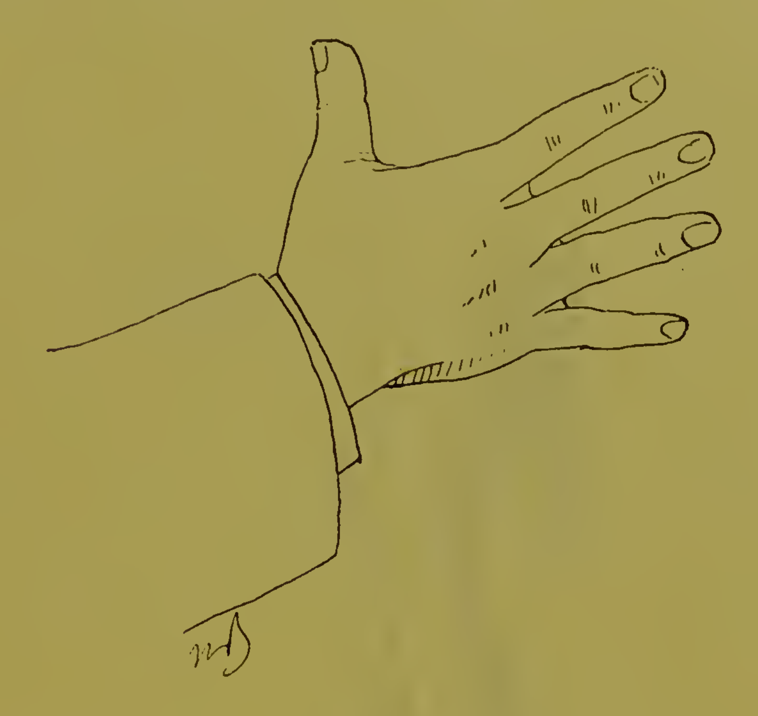
Indication. — Les mêmes que précédemment. Ces mouvements activent puissamment la circulation dans les jambes et le bassin.

4° *Station verticale, écartée, appuyée. Tapotement haché du dos. Tapotement percuté à main creuse des lombes et du sacrum.* — La malade debout, bien droite, jambes écartées, pointes des pieds en dedans, mains fixées à un appui placé devant elle, à la hauteur des seins.

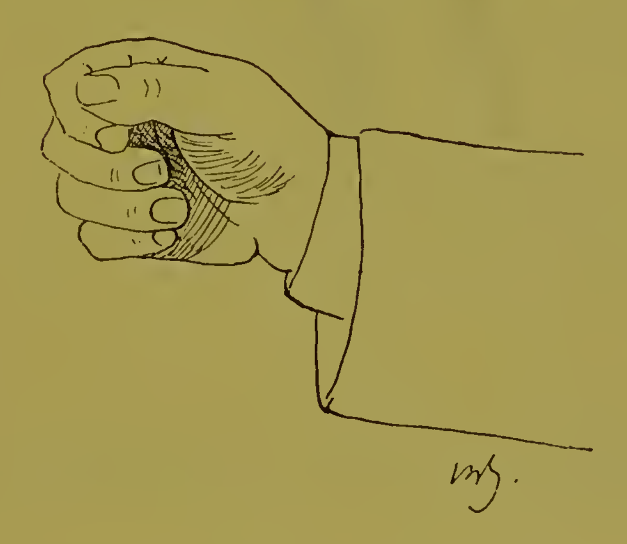


Le médecin lui fait un tapotement haché du dos, depuis la nuque aux premières lombaires, des deux côtés de la colonne vertébrale, cela

avec la main ouverte, doigts écartés, frappant avec le bord ulnaire, les pouces tournés en haut ; ce mouvement doit se produire très rapide-



ment. Ce sont les doigts qui frappent, le poignet doit être lâche. On commence à la nuque et l'on va en descendant, cela cinq ou six fois



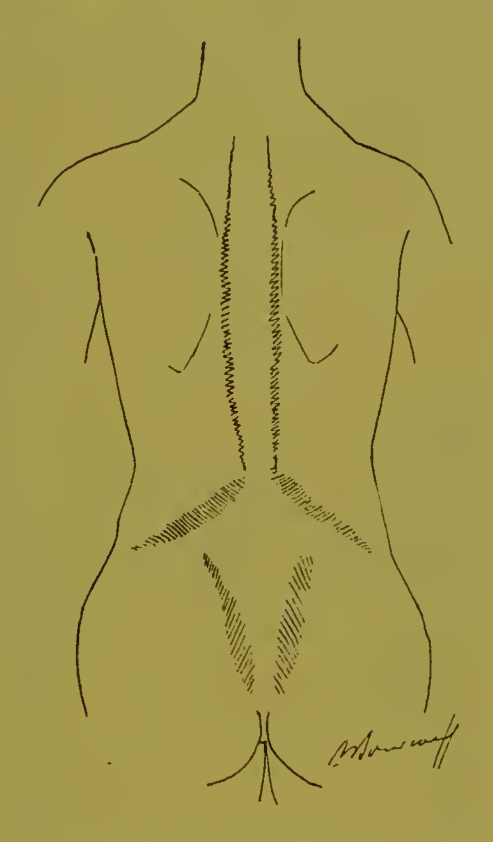
de suite. Puis les doigts de la main droite fléchis dans la paume, sans être fermés, et soutenant de la gauche l'abdomen, le médecin frappe

légèrement d'abord, puis en accentuant sur les deux côtés des flancs, en suivant la ligne de la crête iliaque, sans aller trop en dehors.



Il frappe ensuite quelques coups plus fortement et directement sur la région sacrée.

Ces coups doivent être assez vigoureux pour déterminer un afflux sanguin du côté du bassin ; nous verrons plus bas qu'étant frappés



plus légèrement, la malade étant fortement inclinée en avant sur les bras de façon à contracter sa musculature dorsale, ils agissent dans le sens contraire.

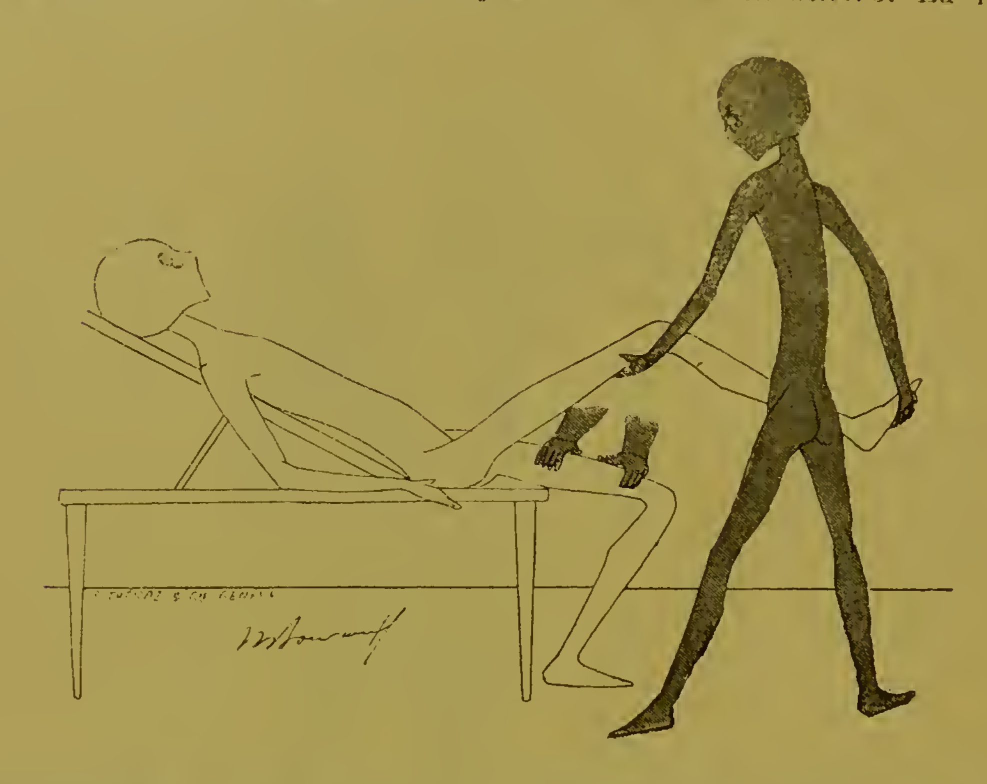
Indication. — Traitement général de l'aménorrhée. Il excite la nutrition et régularise l'afflux sanguin aux organes pelviens en agissant sur les centres nerveux de la moelle, et sur les nerfs voso-moteurs du bassin.

5° *Station demi-couchée dorsale. Rotation passive de la cuisse en dehors de la jambe :*

a) La malade est à demi-couchée. Le médecin se place en dedans des jambes de la malade, saisissant une de ses jambes, une main dans

le creux poplité et l'autre à la face plantaire, il pousse la jambe en haut, la faisant ainsi fléchir sur le bassin.

Il donne alors à la cuisse des mouvements de circumduction dans l'articulation coxo-fémorale et toujours de *dedans en dehors*. La malade reste absolument passive. L'autre cuisse est fixée, soit par le médecin qui s'y appuie, soit par un aide.



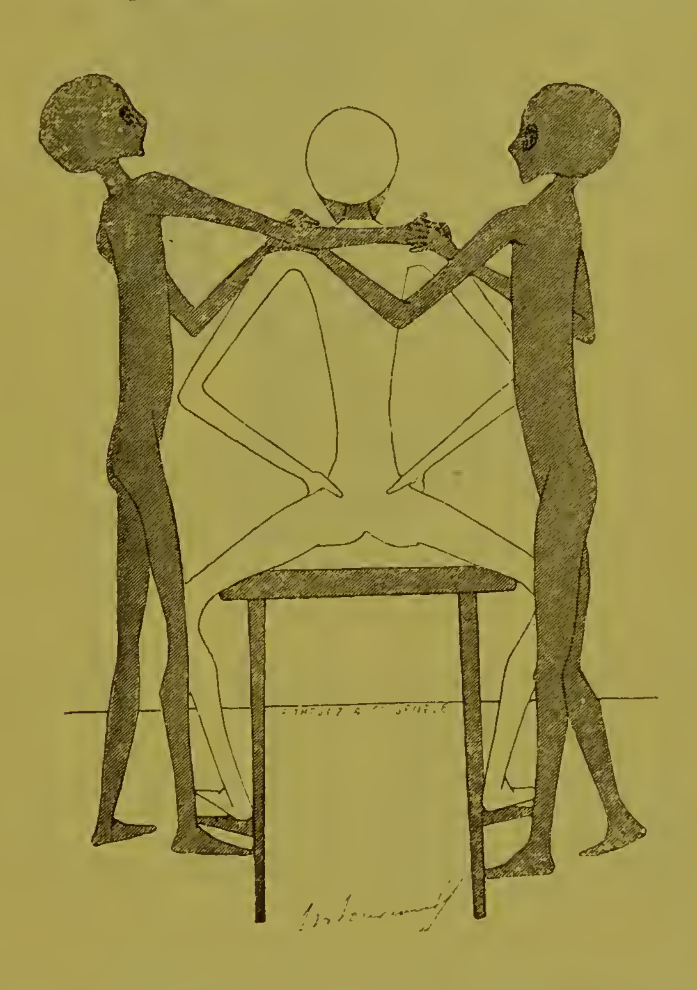
b) Après les mouvements de circumduction, le médecin enlevant la main du creux poplité la place sur le genou et fait exécuter à la jambe des mouvements d'extension et de flexion, la malade faisant résistance pendant qu'il fait l'extension et qu'il attire le pied en arrière. Le médecin résiste des deux mains lorsque la malade fléchit la jambe et revient en position.

Indication. — Traitement général de l'aménorrhée. Congestionne activement le bassin en agissant principalement sur le muscle psoas-iliaque et tous les muscles de la cuisse.

6° *Station au siège à cheval. Rotation du tronc.* — La malade s'assied sur le banc élevé, à cheval, les pieds fixés. Le médecin et son aide appliquent leurs deux mains sur les deux épaules de la malade et impriment au tronc des mouvements de circumduction.

En faisant ce mouvement à deux médecins il est toujours plus doux et plus régulier.

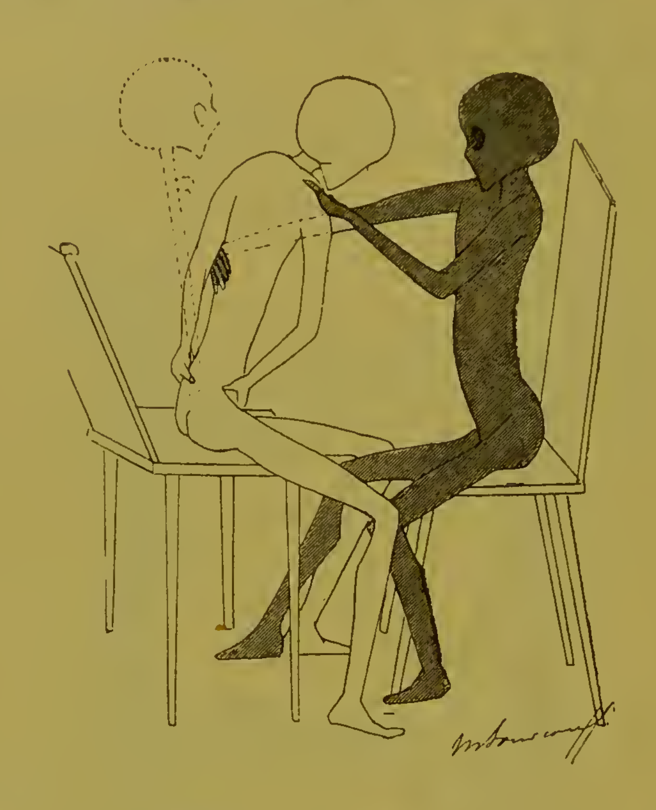
La malade doit être *demi-passive*, c'est-à-dire ne pas trop résister et ne doit pas être repoussée trop en avant ou trop en arrière.



Cet exercice se fait douze fois de chaque côté alternativement.

Indication. — Aménorrhée et constipation. Dans les cas où les parois abdominales sont relâchées, on peut y ajouter une *torsion alternative du tronc* dans la même position.

7° *Station assise écartée. Torsion avec flexion du tronc en avant.* — La malade assise sur une chaise en face du médecin, mains sur les hanches, genoux écartés. Le médecin saisissant la malade, une main sur l'épaule, l'autre sous l'aisselle, l'attire en avant en lui faisant subir une torsion du tronc sur le bassin.



La malade résiste à la flexion-torsion en avant, le gymnaste à l'extension.

Cinq ou six fois ce mouvement de chaque côté.

Ensuite flexion du tronc directement en avant et extension, le médecin résistant comme précédemment à l'extension, la malade à la flexion.

Indication. — Ce mouvement décongestionne la bassin, mettant en activité les masses musculaires du dos et des flancs.

8° *Station à genoux, écartée et appuyée. Torsions passives du tronc.* — La malade est à genoux écartés, mains sur les hanches. Le médecin se plaçant derrière elle, la saisit dans les aisselles, passe sa

jambe entre les siennes et la fixe contre son genou au milieu du sacrum.



La malade se penche alors en avant en se cambrant et le médecin lui imprime des mouvements rapides de torsion du tronc sur le bassin alternativement à gauche et à droite, une dizaine de fois.

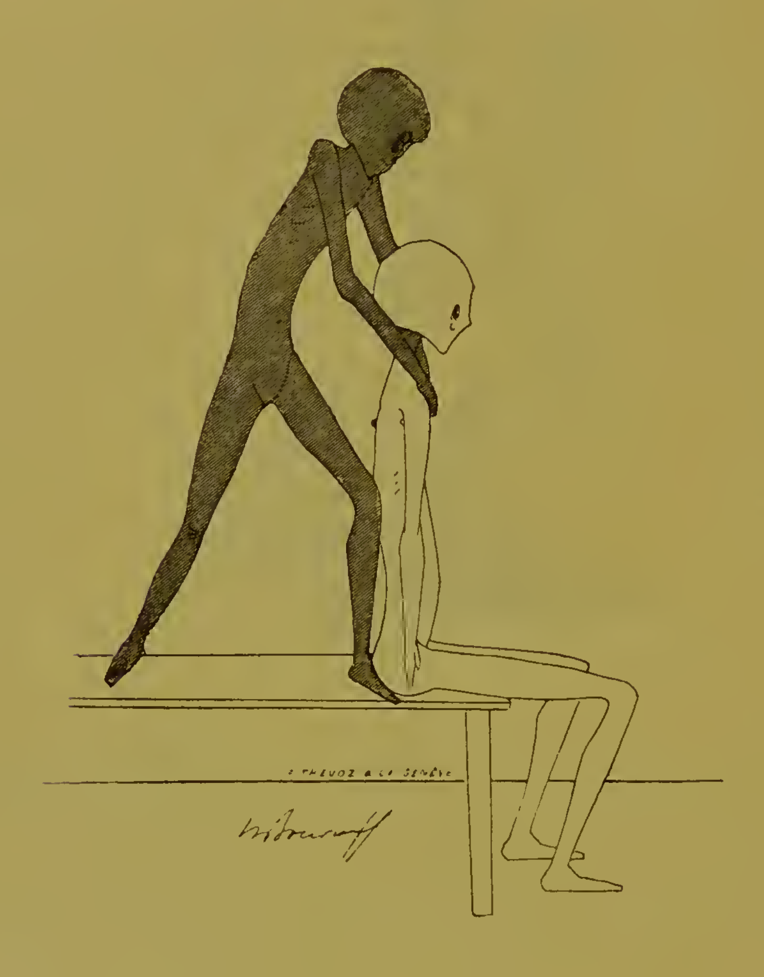
Ce mouvement, suivi d'une courte pose pendant laquelle le médecin replace la malade en équilibre, se répète quatre à cinq fois.

Indication. — Mêmes effets que le précédent.

9° *Station assise écartée, élévation passive du thorax.* — La malade s'assied à l'extrémité inférieure du plint, les bras pendant le long du corps.

Le médecin debout derrière elle, le côté externe de sa jambe appliqué contre le dos de la malade, la saisissant en avant au-dessous des bras et un peu le long des côtes, soulève la poitrine en attirant les épaules en haut et en arrière.

Ceci pendant une inspiration.



Pendant l'expiration il laisse retomber lentement la malade en position.

Ce mouvement répété environ une dizaine de fois est passif et essentiellement respiratoire (page 57).

Il active fortement la circulation pulmonaire.



Il peut aussi être remplacé par :

9° *bis. Station verticale, mains en appui élevé latéral, extension du thorax.* — La malade debout, bras élevés, demi-tendus, se place entre deux portants auxquels elle fixe ses mains.

Le médecin à côté d'elle la soutient une main sur l'abdomen, de l'autre, placée entre les deux omoplates, il la pousse en avant

jusqu'au moment où, bien cambrée, elle a tout le corps en extension forcée et la poitrine bien développée.



La malade alors revient en position, le médecin faisant une légère résistance et glissant sa main lentement vers la nuque.

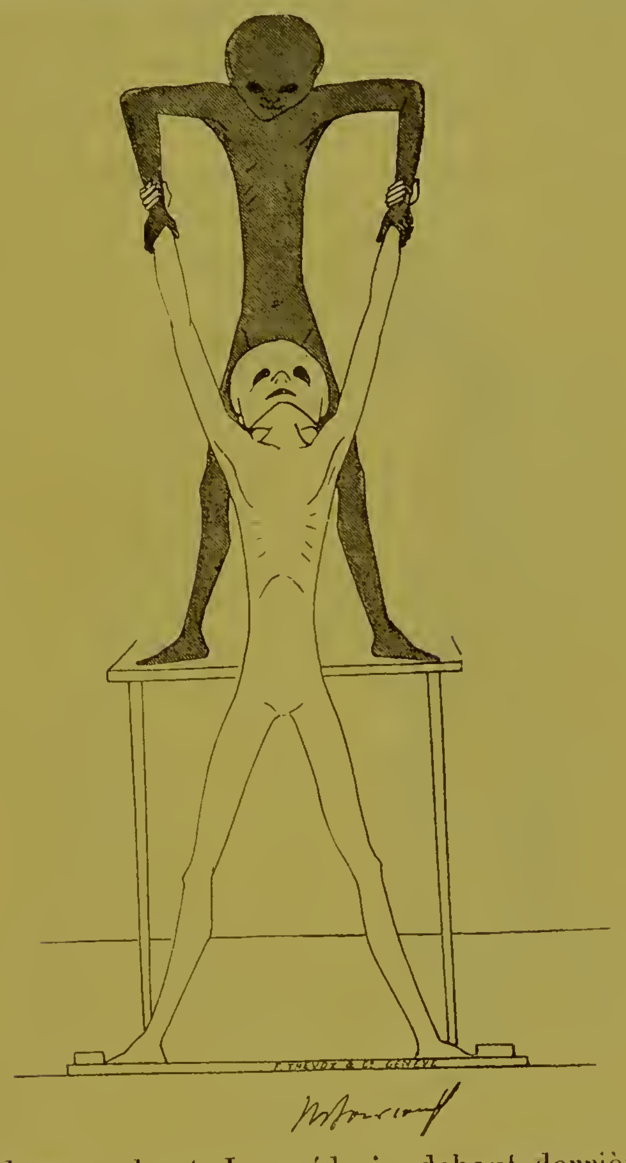
Répéter ce mouvement une dizaine de fois.

Il est respiratoire comme le précédent, mais plus actif encore en ce sens qu'il fait entrer en jeu un plus grand nombre de muscles.

TROISIÈME SÉRIE

Elle est encore plus active que la précédente.

1° *Station verticale, écartée et appuyée, bras élevés. Torsion du tronc sur le bassin. Flexion du tronc en arrière.* — La malade debout,



reins appuyés, bras en haut. Le médecin debout derrière elle sur un plan plus élevé la saisit par les poignets; les bras ne doivent faire qu'un avec le corps, se servant de ces bras comme de leviers il donne des demi-mouvements de torsion au tronc sur les reins, alternativement à

droite et à gauche, faisant toujours un arrêt au milieu du mouvement. — Il faut appuyer sur le bras extérieur pour guider le mouvement. Résistance du médecin lorsque la malade revient en avant et vice-versà. Ce mouvement alternativement cinq ou six fois. En achevant l'exercice et dans la même position, le médecin fait fléchir deux ou trois fois le tronc à la malade en l'attirant en arrière. Celle-ci revient en avant, avec résistance de la part du médecin.

Ce mouvement peut aussi être fait, mais moins commodément, le gymnaste se tenant debout en face de sa malade.

Indication. — Traitement général de l'aménorrhée.

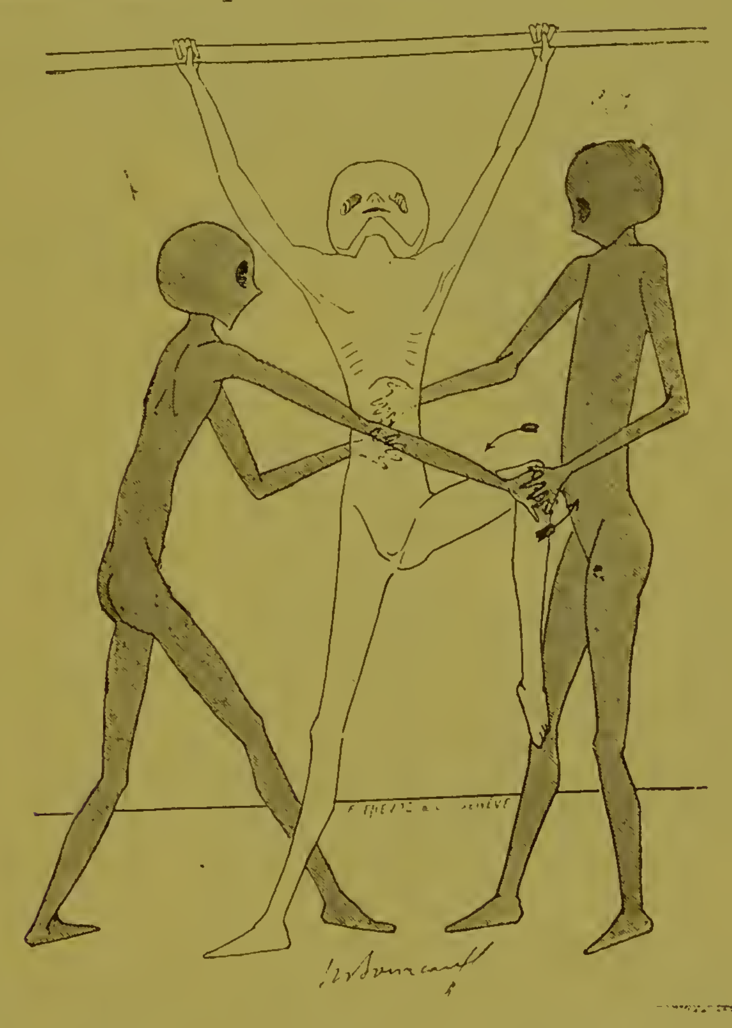


2° *Station verticale, un pied en appui élevé en arrière, bras élevés. Flexion et extension des genoux avec résistance sur les mains.* — Cet

exercice ressemble à celui du n° 4 de la série I, avec les différences suivantes : La malade, n'ayant pas l'appui des mains en avant, a le corps légèrement renversé en arrière, les bras dirigés en haut : le médecin placé derrière elle lui saisit les poignets, résiste légèrement à son extension. Il lui aide à se relever si les forces de la malade sont insuffisantes.

Répéter ce mouvement quatre ou cinq fois sur chaque pied en ayant soin de bien rester sur la pointe du pied et de le replacer à plat après chaque mouvement.

Indication. — Même que le précédent.



3° *Station renversée en arrière à un appui élevé des mains. Rotation passive de la cuisse.* — La malade debout, jambes un peu écar-

tées, se renverse légèrement et saisit en prise écartée une barre placée au-dessus et en arrière d'elle.

a) Deux médecins placés à ses côtés, la soutenant d'une main dans la région lombaire, soulèvent un de ses genoux fléchi à angle droit, la jambe sur la cuisse et la cuisse sur le tronc, leur main appliquée sur la rotule.

Ils attirent alors la cuisse un peu en dehors et en haut et lui impriment des mouvements rapides de circumduction de dedans en dehors en augmentant graduellement de vitesse. Puis un temps d'arrêt et l'on recommence quatre ou cinq fois.

b) *Flexion et extension de la cuisse* toujours maintenue par le genou, précédée de quelques mouvements d'*abduction*, la malade faisant alternativement résistance avec le médecin.

Indications. — Les mêmes que précédemment. Il est très actif, en ce sens qu'agissant spécialement sur les muscles psoas-iliaques il fait fortement affluer le sang au bassin.

4° Comme le n° 4 de la deuxième série.

5° Comme le n° 6 de la deuxième série.

6° Comme le n° 8 de la deuxième série.

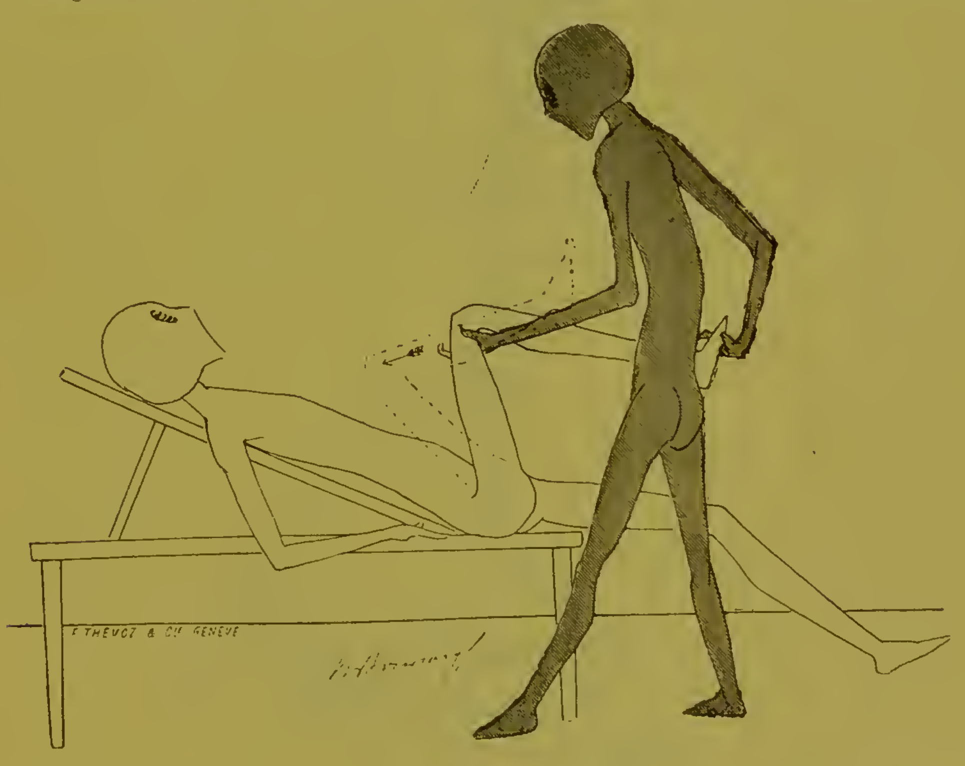
7° *Tapotement à main creuse du sacrum.*

8° Comme le n° 9 *bis* de la deuxième série.

QUATRIÈME SÉRIE (SUPPLÉMENTAIRE)

Cette série contient des mouvements très actifs contre l'aménorrhée, et en outre est souvent employée en la combinant aux mouvements spéciaux dans la constipation.

1° *Station demi-couchée dorsale. Flexion passive de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le tronc.* — La malade demi-couchée. Le médecin placé à côté d'elle soulève sa jambe, une main dans le creux poplité l'autre à la face plantaire; il refoule alors la cuisse sur l'abdomen et légèrement en dehors. Il répète ce mouvement une dizaine de



fois, en augmentant de rapidité; la malade reste absolument passive. Il recommence ainsi trois ou quatre fois, faisant un temps d'arrêt intermédiaire.

Ensuite mouvement de *flexion* et d'*extension* de la jambe avec résistance.

Indication : Aménorrhée et constipation.

2° *Station à genoux écartée et appuyée, flexion en arrière avec torsion du tronc sur le bassin.* — La malade à genoux, mains sur les hanches, jambes écartées, tête bien renversée. Le médecin passe sa jambe entre celles de la malade, fixant son genou dans la région lombaire; puis saisissant la malade en avant et sous les bras il l'attire en arrière et de côté, appuyant principalement sur l'épaule du côté où se fait le mouvement.



La malade résiste dans ce mouvement-là, le médecin résiste à son tour lorsque la malade revient en avant.

Cinq ou six fois de chaque côté alternativement, le médecin changeant de jambe suivant le sens du mouvement.

Pour finir, quelques *flexions directement en arrière* avec résistance de part et d'autre.

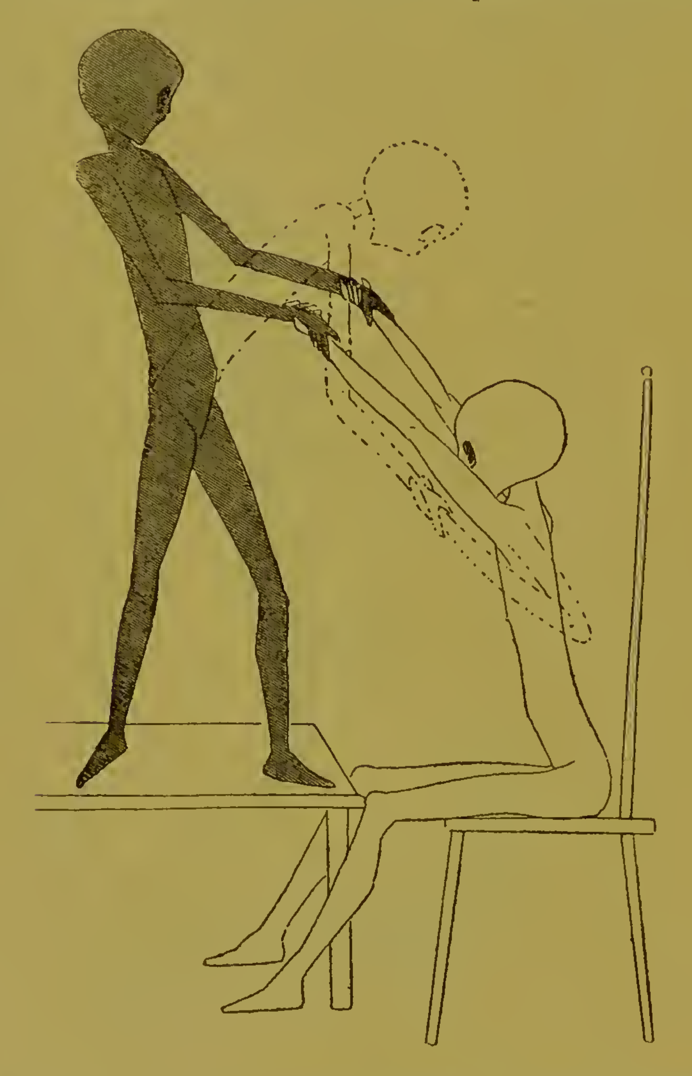
Indication. — Les mêmes que pour l'exercice précédent.

3° *Torsion du tronc en station debout écartée et appuyée* (comme n° 1 de la troisième série).

CINQUIÈME SÉRIE

Ces différents exercices sont employés pour combattre les métro- et ménorrhagies. Ils ont pour but de faire entrer en activité des groupes musculaires plus ou moins éloignés du bassin et détourner ainsi de leur côté l'afflux sanguin.

1° *Station assise écartée, penchée en avant, bras élevés. Flexion des bras.* — Le médecin debout sur un plan élevé et en face de la



malade, saisit ses poignets. Celle ci penchée en avant fléchit alors ses bras avec résistance du médecin. Pendant l'extension, c'est elle au

contraire qui résiste. Le médecin devra veiller à ce que la fin de chaque mouvement de flexion se fasse sans résistance de sa part, et il aidera même si cela est nécessaire pour que la malade ramène ses coudes aussi en arrière que possible. Il faut toujours finir le mouvement par une flexion. Cet exercice une dizaine de fois.

Ce mouvement est très actif vu le nombre de muscles en activité.

2° *Station assise, appuyée et écartée, bras élevés. Torsion du tronc sur un côté.* — La malade assise, écartée, pieds bien à plat sur le sol, les bras élevés.



Le médecin derrière elle, debout sur un plan élevé, fixant sa jambe gauche (par ex.) le long du flanc gauche de la malade, donne au tronc en s'appuyant principalement sur le bras droit, un mouvement

de torsion à droite autour de sa jambe prise comme axe de rotation. Les bras doivent être tendus et fixes. La malade résiste au mouvement de torsion, le gymnaste à celui de détorsion. Le mouvement se fait quatre à cinq fois.

Puis le médecin change de jambe et de côté, et répète l'exercice en sens inverse. Les muscles mis en jeu sont ceux du tronc, des épaules, des flancs.

Cet exercice se répètera cinq fois pour chaque côté.

3° *Station assise, écartée, penchée en avant, bras de côté fléchis en haut. Torsions alternatives du tronc et flexion en avant (avec résistance).*



a) La malade est assise dans la position indiquée, bras de côté mais fléchis de telle sorte que les *avant-bras* soient dirigés en haut, les épaules sur un même plan horizontal.

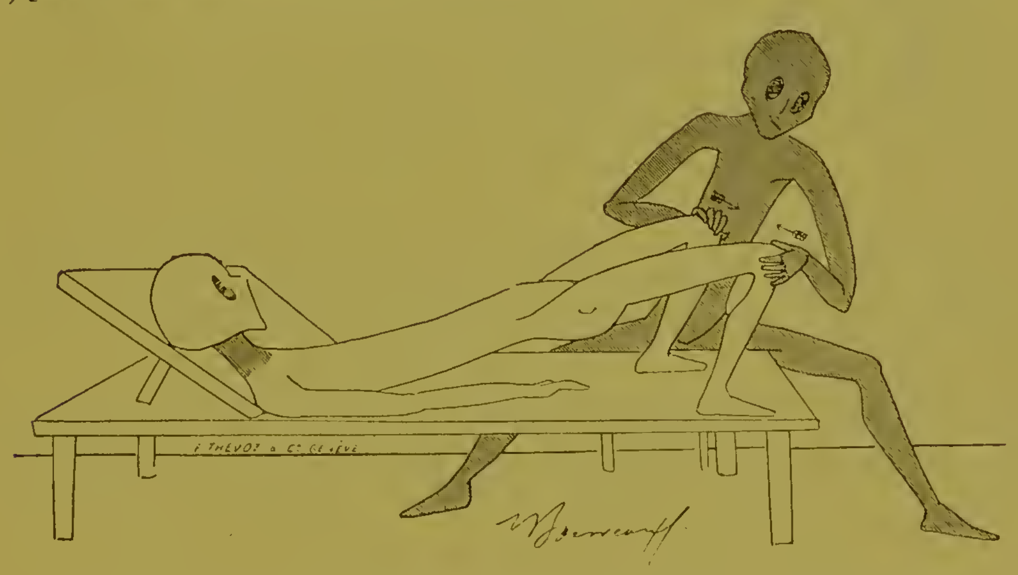
Le médecin saisissant la malade par les poignets, lui fait faire des mouvements de torsion du tronc à droite et à gauche, alternativement, en faisant un arrêt au milieu. La colonne vertébrale étant prise comme axe de torsion.

b) Puis, se reculant, il attire en avant la malade qui se relève, le médecin lui faisant résistance. Dans la flexion, la tête de la malade doit tomber en avant en suivant le mouvement.

4° C'est à ce moment que la malade passe dans le cabinet de Brandt ; il pratique alors le massage de l'utérus comme nous le verrons plus bas.

Ce massage sera immédiatement suivi de l'exercice 5° pendant que la malade est encore étendue.

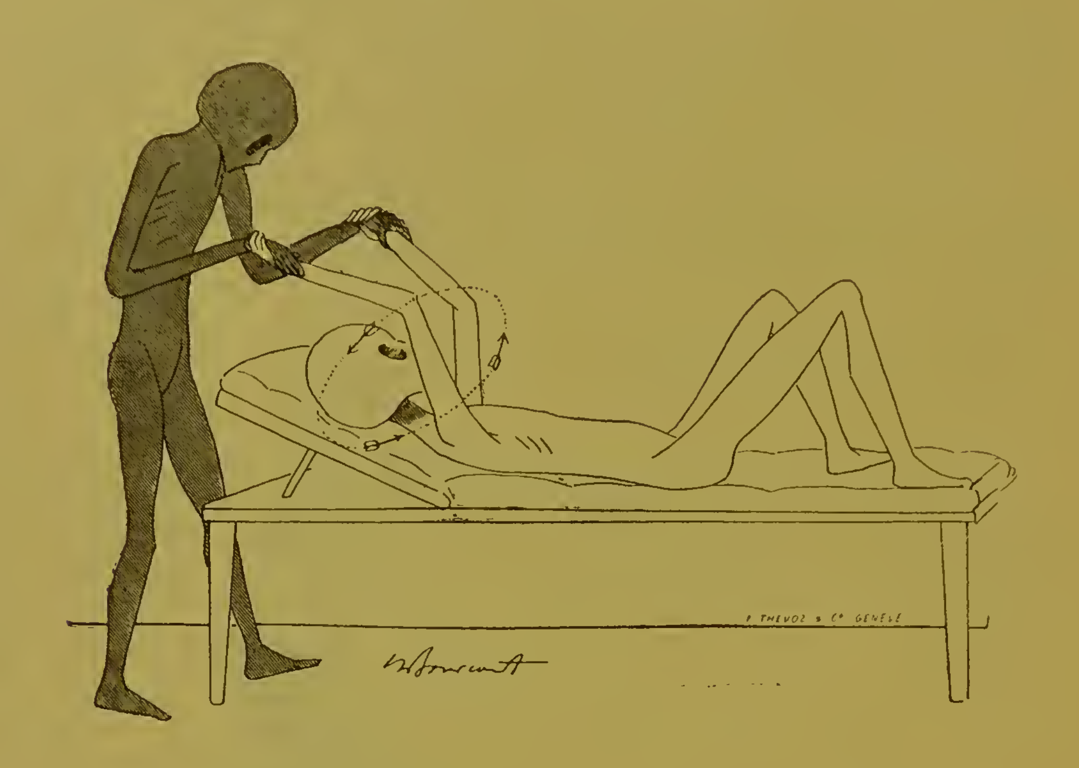
5° *Station demi-couchée dorsale, genoux élevés, fléchis et écartés. Rapprochement des genoux par la malade avec résistance du médecin, pendant une élévation du bassin.*



6° Pour cet exercice refaire le n° 3, puis le n° 1 de cette série.

Lorsque les malades sont trop faibles pour venir se faire traiter chez le médecin, celui-ci peut leur faire exécuter certains mouvements pendant qu'elles sont dans leur lit, et cela de la façon suivante :

1° *Station couchée dorsale, cercles passifs et flexion des bras.* — Le médecin est placé à la tête du lit. La malade, la tête relevée, les genoux fléchis, un peu écartés, tend au médecin ses mains par dessus sa tête, les bras légèrement fléchis, les coudes un peu écartés du corps.

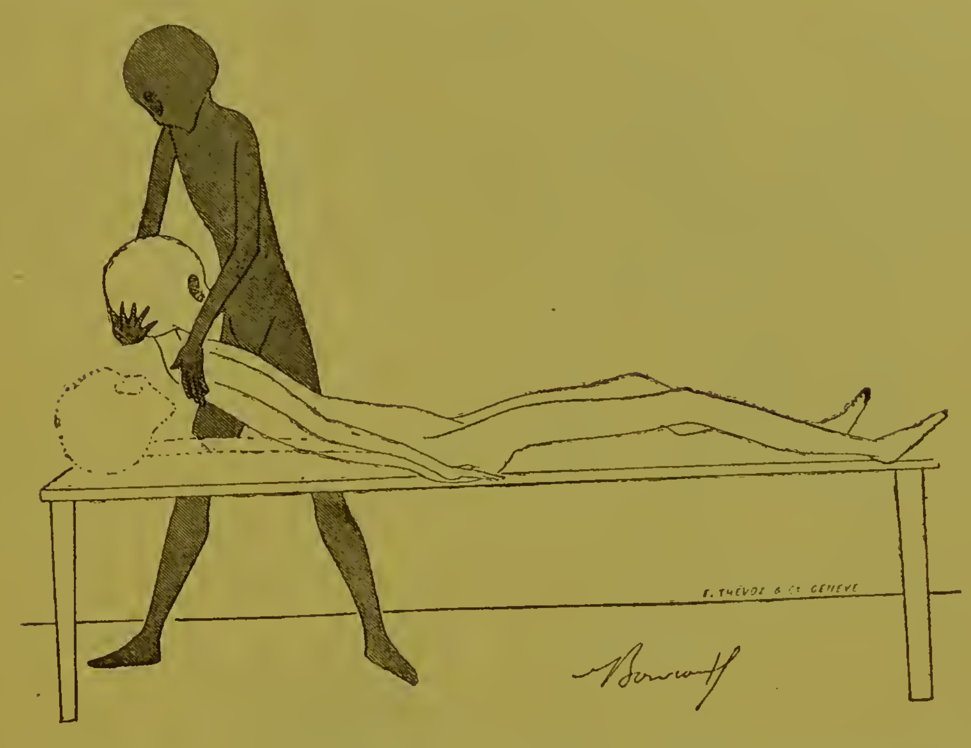


Le médecin fait alors exécuter aux deux bras, dans l'articulation humérale des mouvements rapides de cercle dirigés en avant, en bas, en arrière et en haut, la malade étant absolument passive.

La malade fait ensuite des mouvements de *flexion* et d'*extension* des bras, le médecin résistant à la flexion, la malade à l'extension.

2°* *Station couchée dorsale tendue, élévation du haut du corps en avant.* — La malade est couchée sur le dos, jambes étendues. Le médecin à ses côtés saisit la tête de la malade, une main sur la nuque, les doigts dirigés vers le dos, l'autre sur l'occiput, les doigts dirigés en

haut, dans cette position il la soulève sur les reins lui faisant fléchir le corps en avant, tandis qu'elle fait résistance.



La malade revient ensuite en arrière, le médecin s'opposant à ce mouvement. Il est inutile de fléchir le corps trop en avant.

3o* Massage utérin.

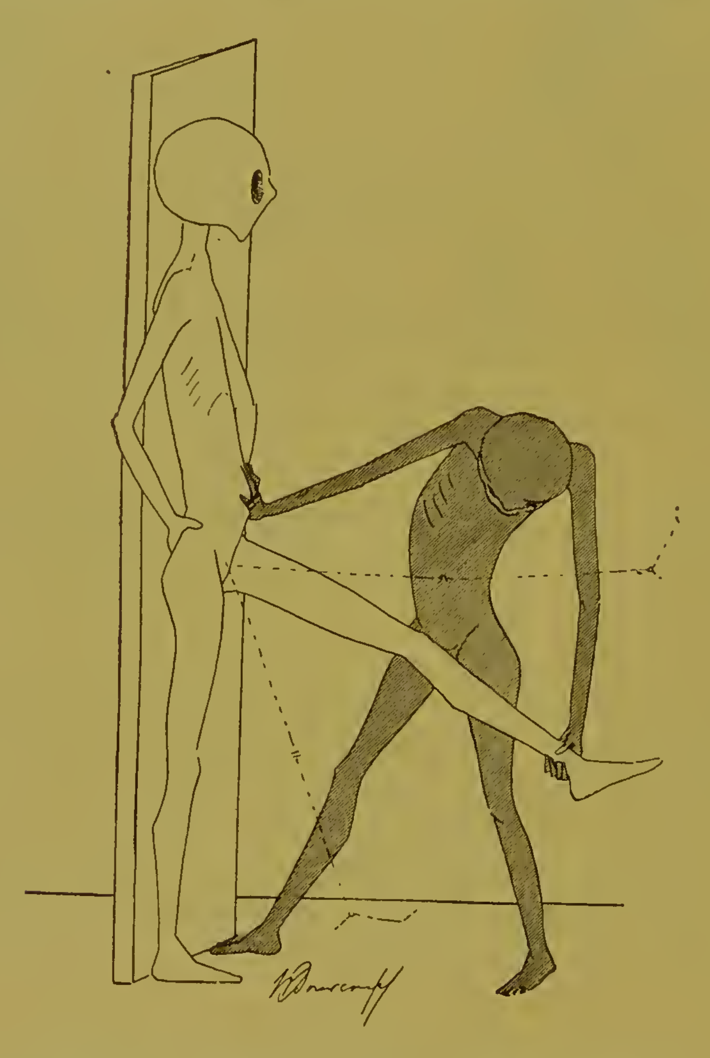
4o* Rapprochement des genoux.

5o* Comme le no 2* de cette série.

6o* Comme le no 1* de cette série.

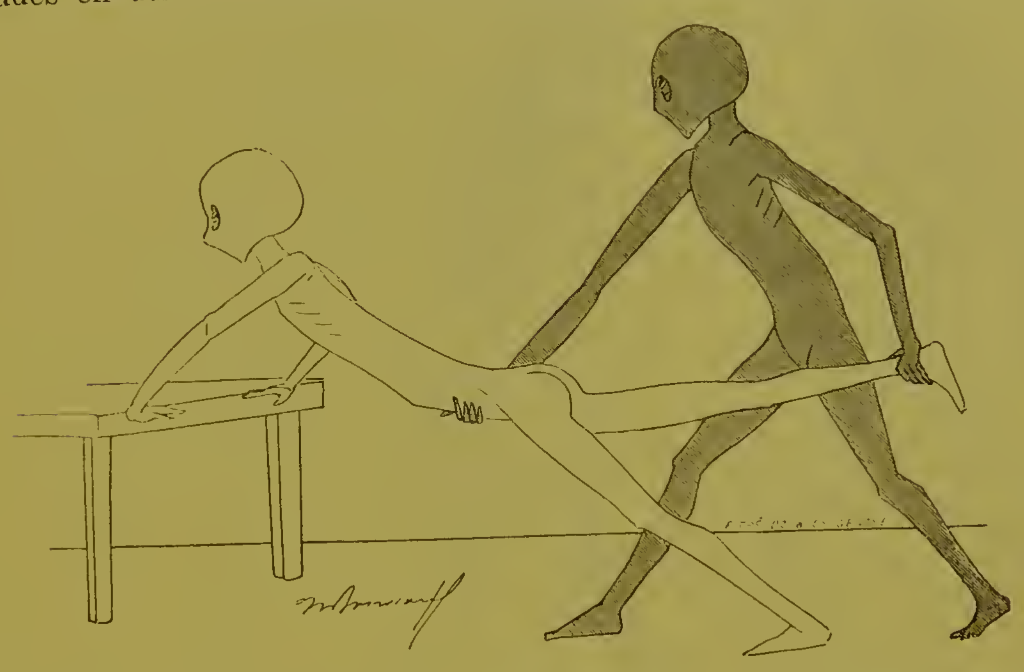
APPENDICE

Station verticale en appui dorsal, élévation de la jambe en avant. — La malade est debout, appuyée contre une paroi. Le médecin à côté d'elle, appuyant d'une main sur la région inguinale et saisissant



la jambe correspondante sous la cheville il l'élève en avant, en haut et un peu en dehors, à angle droit sur le corps, la malade faisant résistance; la malade abaisse ensuite la jambe, le médecin s'opposant à ce mouvement.

2° *Station écartée, penchée en avant, à l'appui facial. Abaissement de la jambe en avant.* — La malade fortement penchée en avant, jambes écartées, le poids du corps reposant à l'appui sur les mains, coudes en dehors. Le médecin une main appliquée sur la hanche de

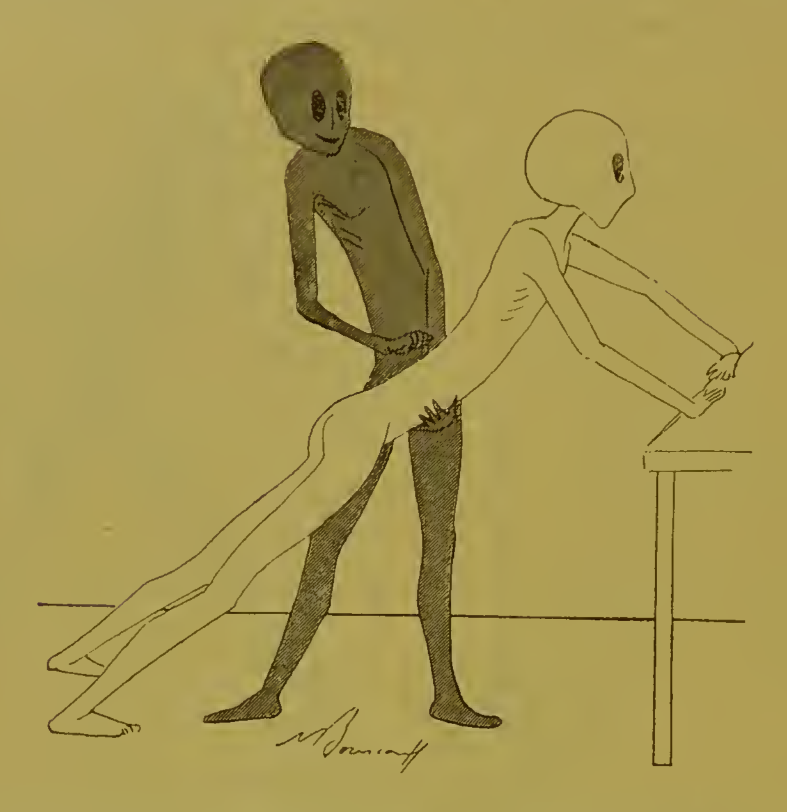


la malade, saisit de l'autre le pied correspondant par la cheville et l'attire en haut, la malade restant *passive ;* puis il abaisse la jambe d'une seule pièce, la malade opposant résistance à ce mouvement d'abaissement.

Cet exercice cinq ou six fois de suite avec chaque jambe.

3° *Station ecartée, penchee en avant, à l'appui facial. Tapotement léger des lombes et du sacrum.* — La malade s'appuie en avant sur les mains, à la hauteur des seins, coudes écartés en dehors, mains en dedans, jambes écartées pieds en dedans, reins cambrés en avant; la malade est suffisamment éloignée de l'appui pour que le corps ne repose que sur les bras (avoir bien soin de faire prendre très exactement cette position, la station verticale facilitant l'afflux du sang au bassin).

Le médecin frappe de petits coups, avec la main demi-fermée, très doucement, sur les lombes et sur le sacrum, une main appuyée sur le bas ventre pour le soutenir.



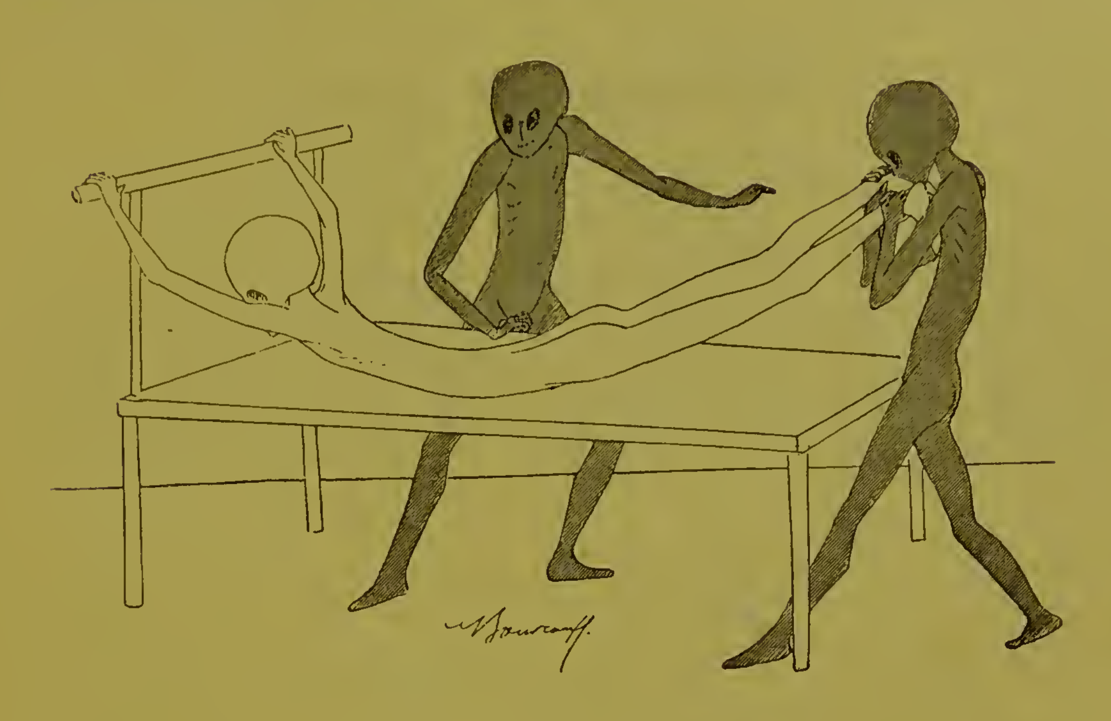
Ce mouvement ainsi pratiqué *décongestionne* le bassin. Il excite en outre l'innervation pelvienne, et s'emploie avec succès dans la paralysie du sphincter vésical, ajouté à d'autres manipulations que nous verrons plus bas.

Ces mouvements peuvent être pratiqués de la façon suivante, quand les malades sont trop faibles pour quitter le lit :

3° *bis. Suspension faciale tendue. Tapotement de la région sacrée.*

La malade couchée dans son lit, sur le ventre, saisit la tête du lit ou les épaules d'un aide, se soulève en suspension tendue, pendant qu'un autre assistant, placé au pied du lit, la soulève par les chevilles. La malade ne repose ainsi que sur l'abdomen. Le médecin fait alors un léger tapotement sur la région sacrée seulement. Cet exercice s'emploie

aussi contre les hémorrhoïdes, on y ajoute toute la série des exercices qui ont pour but de décongestionner le bassin.



Les trois exercices placés ici en appendice, sont très actifs et peuvent, suivant les circonstances, s'intercaler dans les autres séries de mouvements décongestionnants.

Traitement de la migraine

Station assise. Rotation de la tête et écart des bras.

a) La malade assise sur une chaise. Le médecin debout à son côté droit la fixe contre lui en appuyant sa main gauche à son épaule gauche. Plaçant sa main droite sur le vertex de la malade, il imprime à la tête de rapides mouvements de circumduction, la malade restant absolument passive.



b) Ensuite une main sur le front, l'autre à l'occiput, il fait exécuter des mouvements de flexion en avant et d'extension, la malade faisant résistance pendant la flexion et suivant le mouvement de la tête avec le corps, c'est-à-dire venant un peu en avant. Pendant que la malade fait l'extension, le médecin résiste avec la main qui est à l'occiput et

avec la main qui est appliquée sur le front, il imprime à la tête un léger mouvement de trépidation, et termine le mouvement en effleurant toute la tête de la main droite.



L'on répète alternativement ces deux mouvements quatre à cinq fois de suite.

Pour finir quelques mouvements respiratoires, c'est-à-dire *écartement des bras en station de marche*, comme nous l'avons vu plus haut. (Série II, nº 1, *b*.)

Cet exercice décongestionne la tête.

Si l'on veut agir d'une manière plus puissante, l'on y ajoutera les exercices suivants :

c) 1° *Compression des jugulaires*. — Pour commencer, très peu de temps, c'est-à-dire quelques secondes, puis immédiatement après *effleurage* du front et des côtés de la tête avec le pouce, en suivant le trajet des veines temporales, ainsi qu'un léger massage des côtés du cou et de la nuque. L'on répète cet exercice quatre ou cinq fois, en comprimant un peu plus longtemps les carotides.

d) Pour terminer, faire des *pincements* de la nuque. Cet exercice se fait en saisissant les deux bords internes du muscle trapèze entre le pouce et l'index légèrement fléchis dans la main, l'on pince en échappant en arrière avec la peau sur les parties profondes, on irrite ainsi les branches postérieures du plexus cervical.

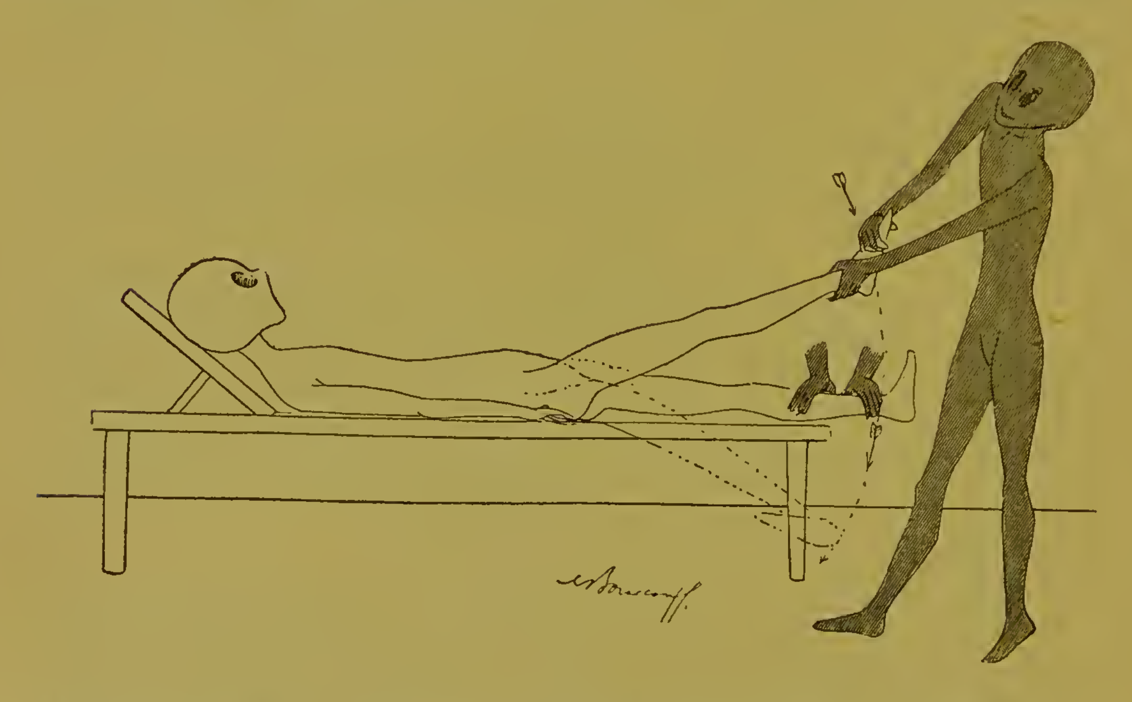
Traitement des hernies inguinales et du relâchement des parois abdominales

1° *Station demi-couchée dorsale. Elévation et abaissement en arrière de ta jambe tendue.*

(Supposons une hernie inguinale droite réduite.)

La malade est couchée dans son lit, un peu haut, la jambe gauche allongée et fixée par un aide.

Le médecin, saisissant alors la jambe droite tendue, une main sous la cheville et l'autre à l'extrémité du pied, soulève la jambe obliquement en dehors à la hauteur de sa poitrine, puis il l'abaisse d'une seule pièce en lui faisant décrire un arc de cercle en dehors, le pli inguinal

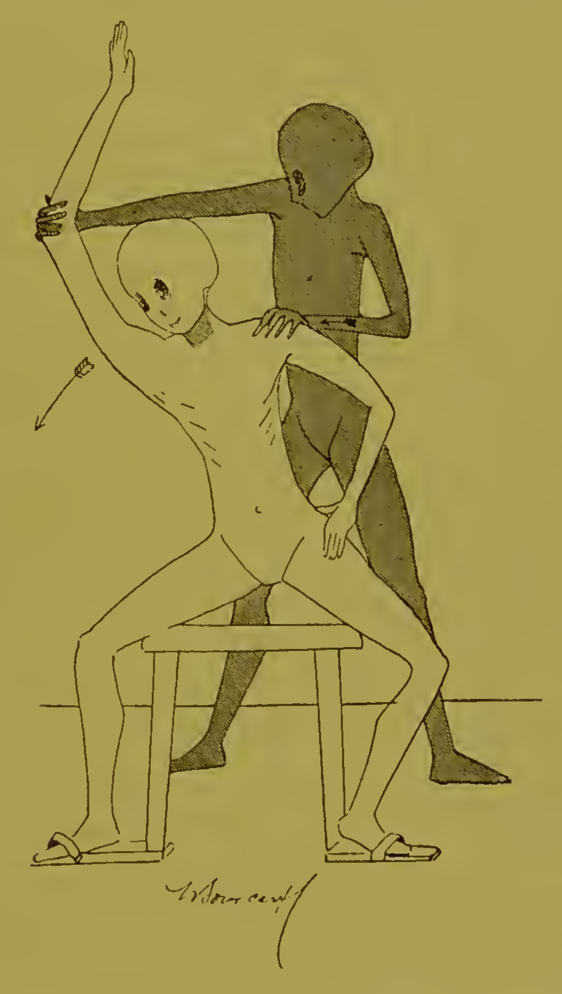


étant pris comme une charnière et la malade faisant résistance à ce mouvement d'abaissement. Le mouvement achevé, relever la jambe sans résistance et recommencer l'exercice cinq ou six fois.

Cette gymnastique fortifie les parois abdominales et leur musculature correspondant à ce côté. Lorsque tout l'abdomen est relâché il faut faire l'exercice des deux côtés alternativement.

2° *Station au siège à cheval en flexion du tronc oblique en avant et en dehors, un bras au-dessus de la tête, extension oblique en arrière.*

(Même supposition que dans l'exercice n° 1.)



La malade au siège à cheval sur l'extrémité du plint, le bras droit élevé et arrondi au-dessus de la tête, main gauche sur la hanche, se penche en avant à droite, en faisant une demi-rotation du tronc à droite en avant.

Le médecin placé au côté gauche et un peu en arrière de la malade la saisit une main sous le coude droit et l'autre sur l'épaule gauche et l'attire obliquement à gauche et en arrière, sans exagérer le mouvement, la malade faisant résistance.

La malade, de cette position, ramène le médecin en avant, celui-ci faisant à son tour résistance.

Cet exercice quatre ou cinq fois ; le côté de la hernie toujours en avant. Dans le relâchement des parois abdominales, l'exercice se fait des deux côtés alternativement.

EXPLORATION

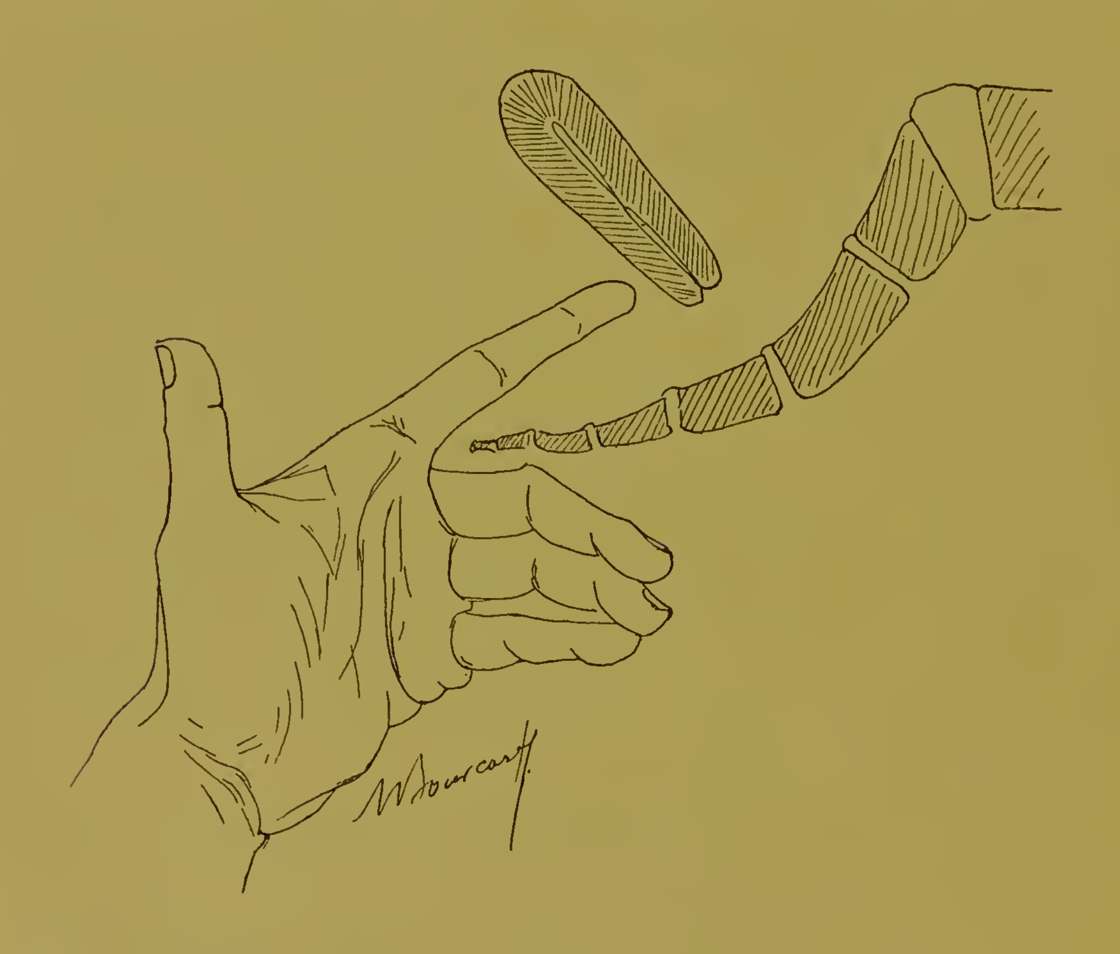
Tout traitement gynécologique étant basé, avant tout, sur un diagnostic sérieux, établi par la palpation bimanuelle, les médecins avaient hésité longtemps à admettre la méthode de Brandt ; ce dernier, un laïque, n'ayant pas suivi la filière universitaire, n'inspirait qu'une confiance relative ; on ne pouvait admettre chez lui cette dextérité si nécessaire dans l'exploration, et qu'un médecin n'acquiert qu'après de longues années de pratique médicale. Nous partagions cette manière de voir, mais les premiers jours de notre séjour à Stockholm ont suffi à nous faire revenir de nos préventions. Nous avons trouvé en la personne de Brandt un *maître* dans l'art de faire un examen gynécologique et de poser un diagnostic, et un homme doué d'une grande finesse d'investigation. Les détails les plus minutieux ne lui échappent pas, et tous les symptômes sont analysés de la façon la plus compétente : la position, les rapports topographiques, la dimension et la consistance des organes pelviens, ainsi que leurs modifications pathologiques sont passés en revue.

En dehors de tous les procédés d'exploration utilisés par les médecins, Brandt s'est créé une « méthode d'examen » par laquelle il arrive plus sûrement au but désiré. Inutile d'ajouter que, dans ses procédés personnels d'investigation, il respecte de la façon la plus complète la pudeur des femmes, sa position de laïque lui créant à cet égard une position plus délicate.

N'oublions pas de dire que l'exploration et le massage ne doivent se faire qu'après l'évacuation de la vessie et du rectum, sinon on pourrait être gêné par la partie inférieure de l'S iliaque encombrée de matières, par le rectum ou par les anses intestinales ; il faut toujours refouler ces dernières en haut. Ajoutons encore que, la malade étant à jeun, les manœuvres se feront plus facilement ; elles pourront toutefois se pratiquer environ deux heures après un léger repas.

Brandt a l'habitude de commencer par examiner ses malades dans la station debout. Voici comment il procède :

Le chirurgien s'assied devant la patiente, le coude gauche appuyé sur son genou gauche, la main droite placée sur les fesses de la ma-



lade ; celle-ci s'appuie avec sa main gauche sur l'épaule du médecin. Il explore d'abord par le vagin, et ensuite par le rectum. Il introduit

l'indicateur gauche bien graissé dans le vagin, écartant un peu les grandes lèvres, de façon à éviter toute irritation de l'urèthre et du clitoris, le pouce dirigé en haut en très forte extension. Les trois autres doigts étendus glissent dans le pli interfessier. Brandt prétend, de cette manière, arriver plus haut dans le bassin et éviter la douleur produite par d'autres méthodes d'examen, en particulier par celle où les trois derniers doigts, demi-fléchis, dépriment le périnée et l'espace interfessier.

Dans cette station debout, il atteint plus facilement les organes pelviens, situés plus bas que dans le decubitus horizontal. Il découvre par-ci par-là un utérus en antéversion, qui se trouvera en rétroversion, lorsque la malade sera couchée ; de cette façon, cet état de mobilité utérine ne lui échappe pas.

Après avoir constaté par le toucher vaginal la position et la mobilité de l'utérus, il corrobore et complète son examen par le toucher rectal. Ce toucher est particulièrement important lorsqu'il veut se rendre compte de l'étendue des fixations de l'utérus en arrière, analyser la situation et la mobilité d'un ovaire disloqué, ou arriver à palper des exsudats très haut placés. De même pour établir un diagnostic différentiel entre un état pathologique des ovaires et des trompes, cet examen rectal est très utile.

Ce mode d'investigation n'est pas douloureux, surtout lorsqu'on a soin, le bout du doigt étant introduit dans le rectum, d'attirer la paroi antérieure de ce dernier contre le vagin. En avançant ainsi, graduellement, on atteint facilement le 3me sphincter.

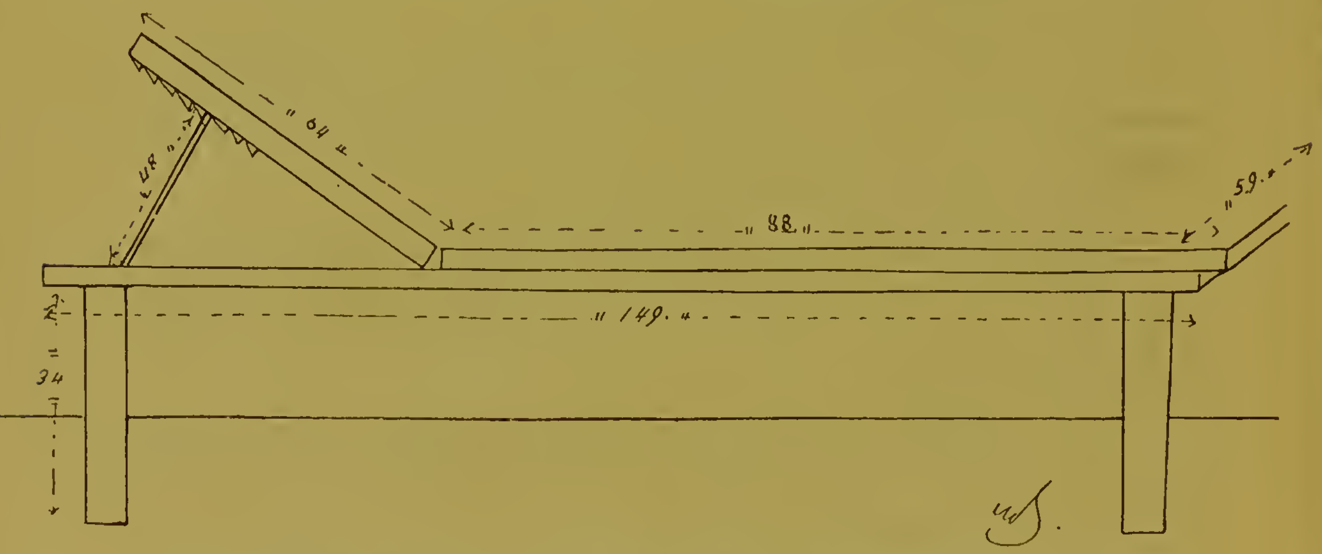
Si la femme est très grasse, Brandt lui fait poser le pied droit sur un escabeau, et, soulevant légèrement le coude, aidé dans ce mouvement par la flexion de sa jambe, il arrive plus haut, en refoulant plus facilement le périnée.

Dans certains cas, qui seront décrits dans le chapitre « Rétroversion et Extension » il introduit, dans la station debout, l'index dans le rectum et le pouce dans le vagin.

Il passe ensuite à la palpation bimanuelle, la femme étant couchée dans la position qu'il appelle « Krokhalfliggande, » c'est-à-dire demi-

couchée, les genoux fléchis. Il place la patiente sur un plint (1), la robe,

le jupon et le corset dégrafés, ce dernier poussé de côté ; le ventre



(1) Le plint est une sorte de canapé-lit bas, dont nous pensons utile de donner les dimensions et la forme. Il est garni de coussins en crin végétal. Les deux côtés peuvent se relever.

libre, recouvert par la chemise, les épaules et la tête un peu élevées, le menton se rapprochant du thorax; les bras étendus le long du corps, les jambes fléchies, les genoux légèrement écartés, les pieds posés à plat. Le chirurgien se place au côté gauche de la malade, assis sur une chaise légèrement plus haute que le plint, sa hanche droite vis-à-vis du pli inguinal gauche de la malade, son épaule droite dominant le bassin; il introduit alors, passant sous la cuisse gauche et sans soulever les habits, son indicateur gauche dans le vagin ou dans le rectum, suivant les circonstances, fixe la jambe gauche de la malade en passant sa cuisse gauche par dessus son pied. Alors il fait, avec sa main droite appliquée sur les parois abdominales, quelques petits mouvements circulaires, recommandant à la malade de respirer tranquillement. Sous l'influence de ce léger massage, les muscles se détendent; les parois se laissent déprimer aisément et permettent une exploration plus profonde. On arrive très facilement à palper les trompes normales, qui se présentent sous les doigts comme deux plumes d'oie. Brandt nous a même démontré que, sous l'influence d'un catarrhe, les cavités tubaires étant un peu agrandies, leurs parois présentaient une consistance molle, mais que ces parois devenaient dures et résistantes lorsqu'elles étaient atteintes par le processus inflammatoire.

Pour faciliter encore son examen, Brandt engage la malade à soulever légèrement sa hanche gauche, lorsqu'il examine, par exemple, l'hypocondre gauche. De cette façon, le paquet intestinal glisse dans le côté opposé, et les organes sont plus accessibles.

On peut, du reste, arriver au même résultat en sollicitant la malade à soulever son bassin, ce qu'elle doit faire en s'appuyant sur le dos et les pieds. Ce mouvement rapproche le pubis de l'appendice xyphoïde et produit, conséquemment, un plus grand relâchement des muscles abdominaux.

Brandt n'emploie que très rarement la sonde, et cela seulement dans certains cas d'aménorrhée.

Quant au spéculum, il ne l'applique que pour examiner des érosions ou des polypes.

Tous les médecins qui ont visité Thüre-Brandt, et qui, sous sa

conduite, ont exploré selon sa méthode, reconnaissent la supériorité de cette dernière. Il est vrai que, pour l'utiliser avec succès, il faut une grande expérience dans le diagnostic par la palpation.

Elle donne évidemment de meilleurs résultats que ceux obtenus par *Simon*, qui introduit toute la main dans le rectum, ou par *Hegar* et *Kaltenbach*, qui explorent avec deux doigts dans le rectum, après avoir abaissé la portion vaginale au moyen d'une pince américaine. La même appréciation s'applique à *Nœggerath*, qui opère d'après les idées de Hegar, avec cette seule différence qu'il explore par la vessie et le rectum. Nous faisons pourtant une exception en faveur de *l'examen dans la narcose*, examen qui nous paraît préférable à tous les autres, et que nous réserverons toujours pour des cas spéciaux.

MASSAGE

Comme cela a déjà été dit dans l'introduction, la technique du massage d'après la méthode de Brandt n'est pas chose facile, et nous prions nos lecteurs de nous excuser, si parfois nous entrons dans des détails qui peuvent paraître superficiels, au premier abord, mais qui sont absolument nécessaires à la bonne compréhension de notre exposé.

Le chirurgien masse, assis à la gauche de la malade, sur une chaise légèrement plus haute que le plint sur lequel est placée la patiente. Il doit avoir soin d'appuyer son coude gauche sur sa jambe gauche pour ménager ses forces.

L'opérateur est, pour ainsi dire, au-dessus de sa malade, le coude dégagé, de façon à agir directement, mais légèrement avec le poids de son corps.

L'indicateur gauche est introduit par-dessous la cuisse; on empêche de cette façon le doigt d'aller involontairement frotter la paroi antérieure du vagin et y déterminer des irritations sexuelles.

La main droite se trouve sur l'abdomen, c'est elle qui travaille. On ne doit pas masser avec le bout du doigt, mais avec la face palmaire de la troisième phalange de l'indicateur et du médius, du médius et de l'annulaire, ou des trois ensemble. Les doigts et le poignet ne font aucun mouvement; le coude et principalement l'épaule travaillent seuls.

Pour assouplir les parois abdominales, pénétrer plus profondément dans le bassin et saisir plus facilement, entre les deux mains, soit l'utérus, soit un ovaire, soit une infiltration des ligaments, il faut faire quelques petits mouvements « circulaires » sur ces parois avec la main externe.

Ceux-ci ont pour but d'amoindrir la sensibilité, et de permettre à la malade de supporter un examen plus prolongé.

D'après Brandt, le massage ne doit être pratiqué qu'exclusivement à travers les parois abdominales; mais exceptionnellement aussi par le rectum, par exemple, chez des jeunes filles atteintes d'affections ovariques. Il nous a cité le cas d'une malade âgée de 13 ans et qui, traitée ainsi, guérit. Dans certaines formes d'exsudats, il opère ce qu'il appelle le « Malning, » c'est-à-dire que le doigt, introduit très haut dans le rectum, fait des mouvements d'effleurage le long des vaisseaux du petit bassin, dans la direction de la veine iliaque, pour favoriser la résorption.

Pendant que les doigts de la main externe exécutent les mouvements circulaires sus-indiqués, l'indicateur gauche, introduit dans le vagin ou le rectum, reste complètement immobile, soutenant les parties massées depuis l'extérieur. Dans certains cas d'exsudat, le doigt placé dans le vagin peut faire des mouvements d'effleurage avec sa troisième phalange, mais l'immobilité à l'entrée est absolue; ceci en réponse à ceux qui, critiquant la méthode de Brandt, ont parlé « d'onanisme privilégié. » Nous attirons aussi l'attention de Norström sur ce fait, que jamais Brandt n'a employé le *vaginaldallring;* ce procédé appartient à *Malmsten.* Il ne faut pas oublier que le doigt introduit dans le vagin sert, en somme, de matelas aux parties à masser, et guide les mouvements des doigts de la main externe; il faut en outre, avec le doigt interne, suivre les mouvements du massage externe.

On ne doit pas non plus imiter ces masseurs inexpérimentés, sans connaissances gynécologiques, ni méthode d'observation, qui frottent et pétrissent de façon à déterminer une congestion des organes abdominaux.

On peut aussi avec le doigt interne soulever et amener en avant, dans la direction des parois abdominales, les parties à masser, c'est-à-dire les trompes, l'utérus, les ovaires, etc.

En atteignant ainsi plus facilement ces organes, on les masse mieux et on se fatigue moins.

Ce doigt peut encore maintenir l'utérus dans sa position normale, s'il avait une tendance à aller en arrière.

Il est bon de savoir que, pendant cette dernière manœuvre, on excite souvent de violentes douleurs, qui ne s'expliquent ni par l'intensité du massage, ni par l'affection elle-même. Celles-ci disparaissent aussitôt que l'on cesse la pression sur le col.

Dans les cas très douloureux, Brandt *comprime les filets terminaux de la branche périnéale du nerf honteux interne*, sur le périnée, des deux côtés de l'anus et de la vulve : Pour ce faire, il applique l'extrémité des doigts en dehors et un peu au-dessous des grandes lèvres et comprime ce nerf, tout en lui imprimant des vibrations, contre la branche montante de l'ischion.

De plus, il fait quelques mouvements d'effleurage superficiel, sortes de « passes » en appliquant sa main sur l'abdomen et en amenant celle-ci tout doucement jusqu'aux pieds, la malade restant les yeux fermés et fixant son attention sur la sensation produite par la main. Le masseur obtient ainsi une « dérivation » du sentiment douloureux. C'est une sorte de « suggestion » souvent très utile.

La durée des séances de massage varie de cinq à dix minutes, et elles se répètent tous les jours ; dans certains cas de gros exsudats et dans les périodes imflammatoires où l'on est obligé d'employer plus de douceur et de délicatesse, on répètera avec avantage ces séances deux fois par jour.

Règle générale : il faut débuter par un massage léger dans le voisinage des parties malades, et augmenter la force employée seulement lorsque la sensibilité a diminué. Des intervalles de repos sont nécessaires durant cette opération que l'on termine en appliquant la

main sur la partie malade avec quelques mouvements de trépidation. Plus le massage est fait prudemment, mieux la malade le supporte, moins elle éprouve de douleurs lorsqu'il est fini et meilleurs en sont les résultats. On ne peut nulle part aussi complètement que dans le massage gynécologique se rendre compte de ce que l'on peut faire par une dépense de force bien étudiée, avec un plan raisonné. Nous sommes persuadés que les insuccès doivent être attribués en grande partie à la brutalité.

Les manipulations du masseur ne doivent jamais occasionner des cris de souffrance : car, dans ce cas, la main qui opère est rejetée par les parois abdominales, qui se contractent, et empêchée d'atteindre l'organe à masser.

La malade pourra poser sa main gauche sur la jambe droite du masseur et lui faire part mécaniquement de ses sensations douloureuses. La malade ne doit « souffrir » ni pendant, ni après le massage : c'est le criterium d'une bonne opération.

C'est une grande erreur de croire qu'un massage gynécologique détermine toujours un afflux sanguin, ce dernier dépendant du degré de force employé et des mouvements de gymnastique exécutés. Un léger massage augmentera l'innervation, la circulation et, par conséquent, les conditions de nutrition d'un organe. C'est lui, combiné à des mouvements congestionnants de l'utérus qu'on emploira pour revivifier cet organe atrophié.

Si, au contraire, on veut accélérer le transport de la lymphe, ou augmenter les forces de résorption et faciliter une métamorphose régénératrice (métrite chronique, vieilles adhérences péritonéales), on massera énergiquement tout en décongestionnant le bassin par des mouvements de gymnastique appropriés.

Massage de l'utérus. — L'utérus est l'organe pelvien auquel nous nous adressons le plus fréquemment. Après l'avoir placé en antéversion, si cela est nécessaire, il est soulevé par le doigt interne et attaqué par ses surfaces postérieures et latérales. En cas de paniculus

adipeux très développé des parois abdominales, on l'atteindra plus facilement par le côté.

Une seule fois, dans ces conditions, Brandt n'a pu parvenir à masser cet organe.

Comme direction, le massage se fait du fond de l'utérus vers l'orifice interne, et de l'orifice externe à l'orifice interne.

Durant cette opération,la plus grande sensibilité se trouve dans les environs de l'orifice interne.

On ne doit masser que rarement la surface antérieure de l'utérus pour ne pas irriter la vessie ; par exemple dans les cas de rétroversion et de flexion fixée, mais alors l'indicateur gauche soutiendra toujours, par le rectum, la surface postérieure de l'organe. Cependant, si nous traitons l'antéflexion suivant les conseils de Brandt, nous nous adresserons toujours directement à cette surface antérieure, mais cela prudemment.

Avant et après chaque massage, Brandt fait exécuter quelques mouvements gymnastiques, qui ont généralement pour but de décongestionner le bassin.

Dans les cas d'*exsudats pelviens*, Brandt débute par ce que nous appellerons « massage préparateur », c'est-à-dire qu'il masse les ganglions et les vaisseaux lymphatiques dans les environs du promontoire, pour les vider de la lymphe qu'ils contiennent, et faire ainsi un appel sur les lymphatiques de l'exsudat ; puis il porte la main sur la périphérie de la partie enflammée, afin de vider les vaisseaux efférents, qui seront ainsi préparés à recevoir la lymphe venant du centre. N'oublions pas à cet égard de citer les belles recherches de Glax et de Clemensienic (*Beiträge zur Lehre von der Entzündung*, 1. Mittheilung Wiener akademische Sitzungsberichte, 3. Abtheil. LXXXIV, p. 216 à 326), qui ont démontré que les cavités lymphatiques, dans le centre d'un foyer inflammatoire, sont tellement dilatées sous l'influence de la transsudation augmentée à travers les vaisseaux, que le dégorgement en est très insuffisant. Par ce fait les vaisseaux efférents restent comprimés, et il y a stases veineuse et lymphatique.

L'on voit ainsi qu'en ne suivant pas les principes de Brandt, on ferait plus de mal que de bien. Après le massage de chaque paramétrite, ce dernier masse les ligaments larges, en faisant des mouvements circulaires sur l'utérus lui-même, suivant le procédé décrit plus haut. En ce qui concerne les ligaments sacro-utérins, Brandt pense qu'il est préférable de les masser d'avant en arrière, le doigt les soutenant par le rectum.

Avant et après chaque massage, il fait faire à ses malades quelques mouvements de gymnastique, soit actifs, soit passifs.

Brandt arrive rapidement à de beaux résultats, même dans les cas de très anciens exsudats, dont la disparition fait cesser la compression des nerfs et conséquemment la douleur. L'action mécanique du massage combat donc la douleur et modifie la température, elle est antiphlogistique et analgésique.

Un cas typique de paramétrite traitée par le massage, est celui cité par Profanter.

Observation

Anna M., fille d'agriculteurs, 26 ans, de Plothen près Schleiz, entrée le 4 octobre 1886.

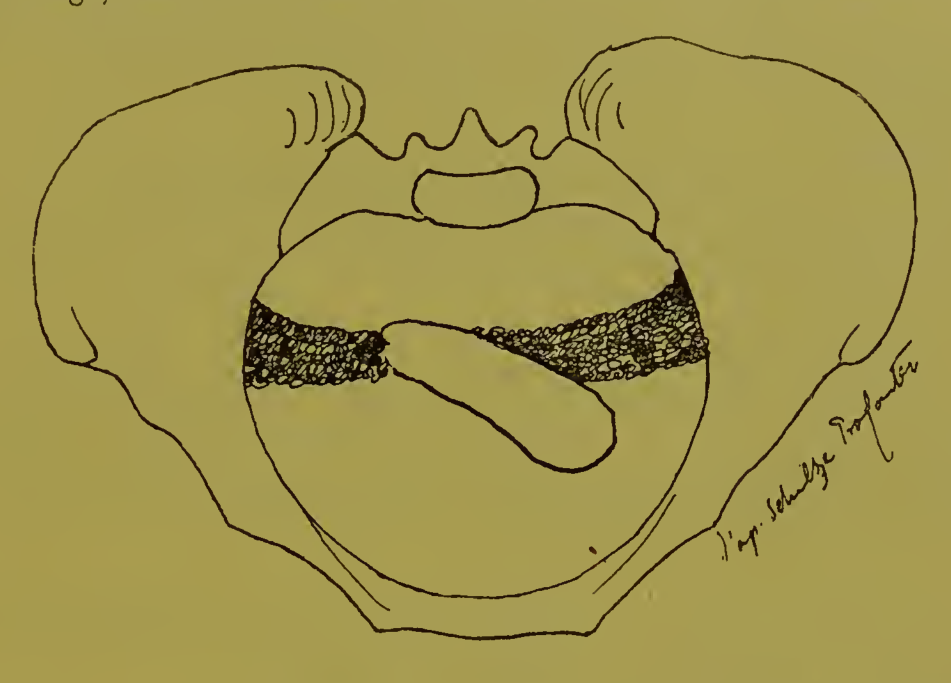
Anamnèse

La malade a eu la rougeole étant enfant. Depuis cette époque elle éprouve d'une façon périodique (généralement tous les 14 jours) des angoisses qui commencent dans le ventre; il lui semble qu'une boule lui monte dans le cou et retombe ensuite. Douleurs dans le ventre et crampes dans les bras. Règles depuis l'âge de 14 ans, un peu irrégulières, faibles, avec douleurs dans les jambes et le bas ventre.

Les attaques ont généralement lieu les jours qui précèdent les règles, elles se répètent dans la journée, durent 4 à 5 minutes et cela pendant trois jours au plus. Fortes douleurs en urinant lesquelles augmentent toujours au moment de l'arrivée des règles.

5 octobre 1886. — Status. — Personne mal nourrie; muqueuses un peu pâles. Cage thoracique peu développée. Seins petits. Cœur et poumons normaux. Un léger goître. Abdomen plat, sans vergetures; non douloureux à la pression. Vulve fermée. Périnée intact et rétracté. Grandes lèvres

maigres. Déchirures en arrière dans l'hymen. Rectum plein de matières. Vagin large, lisse. Portion vaginale au devant de la ligne bi-ischiatique. Uté-



rus petit, en position anormale, c'est-à-dire le fond situé à gauche et en haut, et le col fixé en bas et à droite. Les deux culs-de-sacs latéraux tendus et douloureux, celui de gauche plus que celui de droite.



Le col est très peu mobile en avant, et cet examen est douloureux. Un tampon introduit et laissé en place ne présente pas trace de pus.

20 novembre. — Examen pendant la narcose. Fixation très résistante des ligaments larges ; le corps utérin revient avec force en arrière lorsqu'on le soulève en exerçant une pression depuis le cul-de-sac postérieur.

La fixation dans le ligament large s'étend plus loin en avant à gauche qu'à droite.

Diagnostic. — *Paramétrite et Périmétrite chronique, Cystite.*

Traitement : Repos au lit, lavements, enveloppements de Priesnitz, irrigations chaudes, lavages de vessie au sublimé.

La malade commence le traitement par le massage le 22 novembre.

La malade éprouvait à ce moment : Des douleurs dans le côté gauche. Ténesme vésical, miction douloureuse, angoisses stomacales, céphalalgie, constipation, défécation douloureuse. Frissons, froid aux pieds et aux mains, attaques hystériques fréquentes, environ huit jours avant le commencement des règles ; celles-ci très douloureuses.

Le *traitement* a visé : le détachement de l'utérus des nombreuses adhérences, très dures, résistantes, solides, qui le fixaient ; la disparition par le massage des exsudats bilatéraux para- et périmétriques.

21 novembre. — Le col est devenu assez mobile pour être placé facilement dans la ligne médiane. Ténesme disparu. Depuis ce jour selles régulières sans douleurs.

26 novembre. — Utérus devenu mobile au point qu'il se laisse placer facilement dans la ligne médiane. Fixation dans les ligaments larges moins durs des deux côtés.

1er décembre. — L'on peut sentir à travers les brides l'ovaire gauche, un peu augmenté et douloureux à la pression.

23 décembre. — Règles ; elles durent jusqu'au 28. Epoque prémenstruelle peu douloureuse ; arrivée des règles et durée sans aucune douleur.

24 décembre. — L'utérus est devenu assez mobile pour qu'on lui fasse facilement franchir et dépasser la ligne médiane en l'amenant vers la droite ; l'on commence à sentir un peu l'ovaire droit au travers des brides qui l'entourent.

7 janvier. — L'utérus est descendu, très mobile ; peut facilement se placer à droite, le col se porte à gauche et en haut. L'utérus peut être redressé complètement.

12 janvier. — On peut facilement palper les contours de l'ovaire gauche, au milieu de brides qui se laissent distendre; il est toujours encore fixé de même que l'ovaire droit.

20 janvier. — Retour des règles qui se maintiennent sans douleur aucune jusqu'au 25.

23 janvier. — Utérus absolument mobile, se redresse très facilement. Ovaire gauche mobile de même que le droit.

Les deux ovaires sont plus petits et ne sont plus douloureux à la pression.

24 janvier. — La malade quitte la clinique.

A ce moment on peut amener, facilement et sans douleur, l'utérus à la place qu'il occupe dans notre dessin.

Spontanément cependant il se maintient dans la position du 20 novembre, et l'on peut encore sentir quelques brides dans le ligament large gauche.

Les infiltrations que l'on sentait autrefois ont totalement disparu.



Les deux ovaires, que l'on ne pouvait arriver à palper, sont situés maintenant tous deux sur le rebord du psoas et sont faciles à atteindre ; ils sont plus petits que normalement à cet âge.

Massage pendant les règles. — On pourrait croire que le massage pratiqué à l'époque de la menstruation amène des désordres et des complications; au contraire, Brandt préfèrerait ne pas entreprendre un traitement s'il devait l'interrompre à ce moment. Il a constaté maintes fois, et nous avec lui, qu'un utérus en rétroflexion, laissé en repos au moment des règles, se réduisait plus difficilement celles-ci terminées, et que l'on perdait ainsi le terrain gagné par un traitement antérieur.

C'est au contraire principalement à ce moment que des utérus ou des ovaires fixés, ayant résisté à toutes les tractions, ont pu être libérés, car les adhérences se comportent à l'époque des règles, comme pendant la grossesse, c'est-à-dire se ramollissent, et, par conséquent, cèdent plus facilement durant la congestion.

On aurait donc tort de ne pas mettre la malade au bénéfice de cet avantage physiologique.

Pendant son séjour à Iéna, Brandt, ayant travaillé un utérus fixé durant treize jours, sans résultat, commençait, dit-il, à perdre courage, lorsque le quatorzième jour, et sous l'influence des règles, il arriva à le libérer.

Il a remarqué en outre que si l'on continuait pendant les règles le massage des *exsudats para- et périmétriques* ils ne subissaient pas de tuméfaction, comme cela a lieu lorsqu'on suspend le traitement à cette époque. L'utérus hypertrophié, suite d'une involution incomplète, présente une consistance molle, succulente, offrant des conditions de résorption et de guérison plus favorables.

Brandt a remarqué qu'en outre la durée des règles, au lieu d'augmenter diminue, et que l'*époque intermenstruelle* est généralement prolongée. A cet égard, nous pouvons ajouter qu'une malade qui suit une cure de massage durant un certain temps, voit toujours la durée de ses règles se raccourcir.

Pourquoi y aurait-il plus de danger à traiter une malade pendant ces moments-là? Ne voyons-nous pas des médecins intervenir après un accouchement ou un avortement, pratiquer la laparotomie, en dépit des

règles (cela nous est arrivé personnellement, Dr Jentzer), et tamponner des utérus pour cause de ménorrhagie, sans qu'il surgisse de complications spéciales? Il est vrai que, pendant la menstruation, Brandt redouble de prudence. Il ne pratique pas le tapotement du dos en station verticale, afin de ne pas augmenter la perte de sang et fait seulement l'écartement des genoux, avec des mouvements décongestionnants.

Même si Brandt est appelé auprès de malades qui ont des métrorrhagies et sont alitées, il ne supprime pas le massage. Il leur fait faire, comme nous l'avons vu dans sa gymnastique, des mouvements « décongestionnant » le bassin, et par conséquent l'utérus, en attirant le sang aux bras et au dos. Un fait analogue bien connu est la cessation des hémorrhagies nasales obtenues par l'abaissement des bras.

Seulement chez les jeunes filles atteintes de ménorrhagie, il n'emploie que la gymnastique à mouvements décongestionnants, sans traitement local. *Theilhaber* dit avoir obtenu de bons résultats par cette manière de procéder.

Massage des trompes et des ovaires. — Le plus fréquemment, les ovaires et les trompes sont englobés dans un exsudat paramétritique; dans ce cas, on pratique le massage selon la méthode employée pour les exsudats.

Lorsque la *trompe de Fallope* est enflammée, dure, douloureuse, augmentée de volume, il faut la masser toujours avec précaution.

Dans un cas d'affection aiguë, une salpingite blennorrhagique par exemple, Brandt ne recommande pas le massage.

On commence toujours à masser l'extrémité abdominale de la trompe, près de l'utérus, opérant sur une petite portion, et reprenant plus en avant lorsque le contenu de cette portion a passé dans la cavité utérine (il est facile de prouver qu'il se vide dans l'utérus, car on voit souvent l'écoulement, par le col, augmenter subitement à la fin de la séance. Brandt a eu fréquemment l'occasion de le constater).

S'il s'agit d'une oophorite chronique, et par conséquent d'une augmentation du tissu conjonctif dans l'ovaire, on n'arrivera pas à faire diminuer cet organe, mais on empêchera qu'il ne continue à augmenter; de plus, le massage et la gymnastique auront une grande influence sur les règles et les douleurs qu'elles provoquent.

Lorsque l'ovaire est englobé dans un exsudat, fixé contre la paroi pelvienne, la plus grande prudence est de rigueur si l'on ne veut pas produire des inflammations péritonéales.

Il faut commencer par masser très doucement la périphérie de cet organe en le soutenant par un doigt introduit dans le vagin, ou dans le rectum ce qui est souvent plus facile; puis, lorsqu'il est fixé, chercher peu à peu, soit avec les doigts de la main externe, soit avec le doigt interne à pénétrer entre lui et la paroi pelvienne, et à le détacher; il arrivera un moment où nos efforts seront récompensés et où l'ovaire sera complètement libéré de ses attaches anormales.

Lorsque l'on a affaire à un ovaire disloqué (Brandt nous a cité un cas de mobilité extrême d'un ovaire gauche qu'il faisait passer, par l'examen bimanuel, du côté droit, et dans le voisinage de l'autre ovaire), il faudra le replacer, après avoir cherché à opérer une légère extension sur ses ligaments qui seront ainsi excités à se contracter.

Les mouvements de gymnastique devront toujours être « décongestionnants » du bassin.

De l'extension des adhérences et des rétractions cicatricielles du tissu conjonctif pelvien.

Nous diviserons ces adhérences en antérieures, latérales et postérieures. Leur extension s'explique par une dilacération mécanique et par un afflux sanguin et lymphatique produit par le massage.

Adhérences en avant. — La malade est dans la station verticale; l'opérateur en face d'elle, le coude gauche appuyé sur le genou gauche, introduit son pouce dans le cul-de-sac antérieur et, soulevant légèrement sa jambe, exerce une pression lente et continue sur l'adhérence, sans jamais employer de force brutale (voir fig. page 98). Dès qu'il est arrivé à la limite d'extension des tissus, il y reste quelque temps. Il répète cette manœuvre en avant et sur les côtés du col jusqu'à ce que l'adhérence a subi un certain allongement. Aussitôt que l'élasticité obtenue est suffisante pour permettre à l'utérus une certaine mobilité, il place la malade dans le décubitus dorsal, puis continue son traitement par l'extension bimanuelle.

Pour cela, avec l'indicateur gauche dans le cul-de-sac postérieur, Brandt soulève le corps utérin en avant, et, autant que possible, dans la ligne médiane; il l'atteint alors plus facilement avec *la main* externe, qui, repoussant l'utérus en arrière, cherche à l'éloigner de la symphyse et à distendre encore plus l'adhérence. A cet instant, *les doigts* de la main externe, s'insinuant à travers les parois abdominales, arrivent sur le col et le refoulent en arrière, tandis que l'indicateur gauche, quittant le cul-de-sac postérieur, se place dans l'intérieur pour aller à la rencontre de la main externe; puis les doigts des deux mains fixés sur l'isthme utérin, refoulent l'utérus dans la direction suivante : l'indicateur gauche, en arrière et en haut, la main externe, en bas et en arrière. Pour terminer, son assistant introduisant ses mains dans le bassin

comme s'il voulait procéder à une élévation, les bras tendus, exerce une pression avec le poids de son corps sur cette adhérence antérieure



et seulement après cettte intervention, Brandt procède à un mouvement d'élévation. Aussitôt ces extensions terminées, il pratique le massage des ligaments larges et des replis de Douglas.

Adhérences latérales et postérieures. — L'extension de ces adhérences se fait dans la station debout lorsqu'elles intéressent l'utérus ; mais si les ovaires ou les trompes sont fixés, les deux mains étant nécessaires pour saisir ces organes, le massage bimanuel ne pourra se faire que dans la position horizontale.

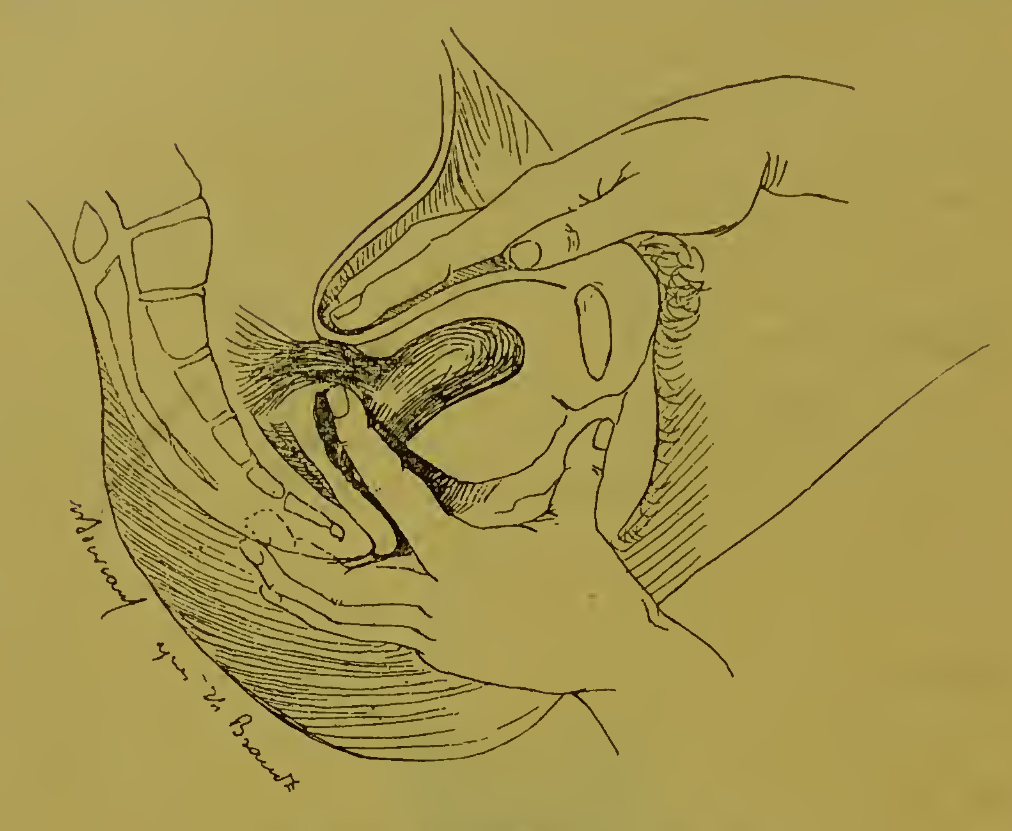
Si nous avons à traiter un cas de rétraction cicatricielle dans un des ligaments larges, à gauche par exemple, la femme étant debout, Brandt introduit son pouce dans le vagin et sur le col, et imprime à ce dernier un mouvement sur la droite.

Par ce mouvement, il détend d'abord les parties inférieures (fig. B) de cette rétraction ; puis, refoulant la portion vaginale à gauche, il en distend les parties supérieures (fig. C), l'utérus pivotant sur son



diamètre antéro-postérieur. Alors introduisant l'index gauche dans le rectum, il glisse sous le fond utérin et le refoule, en avant, dans le diamètre oblique du bassin (dans ce cas particulier le diamètre oblique droit des Français), le pouce repoussant le col en arrière, mais cela très lentement et doucement, pour ne pas s'exposer à des déchirures capillaires et à la formation d'exsudats. Ensuite, Brandt couche sa malade sur le plint et, tout en conservant ses doigts internes en place, il tâche d'attirer graduellement le fond de l'utérus

en avant. Chaque extension sera suivie du massage des ligaments



(Extension d'adhérences postérieures)

larges et des replis de Douglas, mais les séances devront être courtes.

DIFFÉRENTES MÉTHODES

DE

RÉDUCTION DE L'UTÉRUS

EN RÉTROVERSION ET RÉTROFLEXION

I. Réduction dans la position *debout* ou couchée *sur le ventre* (rarement).

a) Réduction recto-vaginale, Omkastning. (1)

II. Réduction dans la *position de Brandt.*

a) Réduction ventro-vaginale.

1° Guppning.

2° Klämning.

3° Ikrokning.

4° Redressionstrycket.

c) Réduction ventro-recto vaginale.

III. Réduction ventro-rectale.

Avant de passer à la description de ces diverses méthodes, disons qu'avant d'essayer une réduction complète l'utérus doit être libéré de toutes ses adhérences. Il faut, avant tout, avoir posé un diagnostic exact,

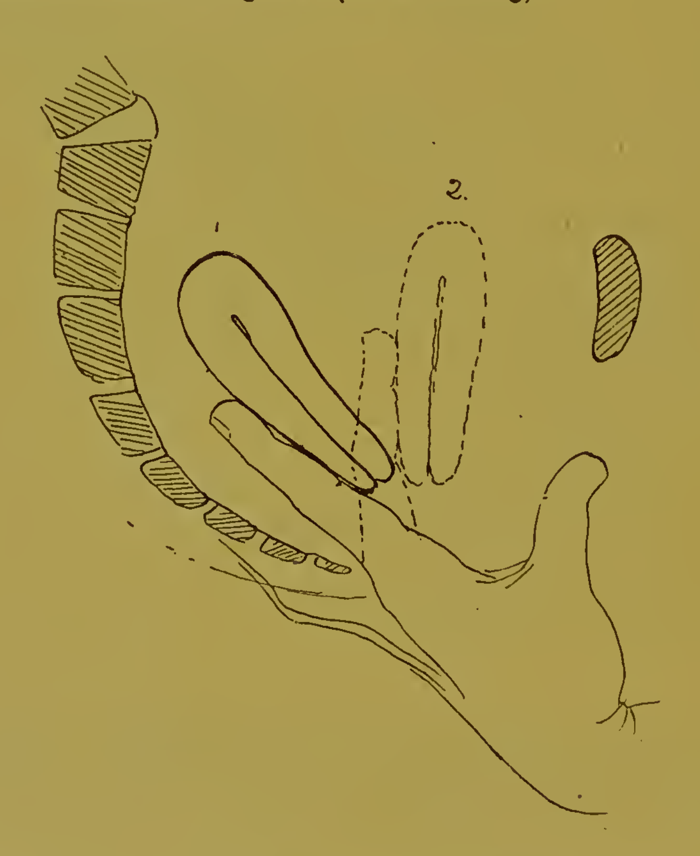
(1) Nous avons conservé pour certaines méthodes de reposition les *expressions suédoises*, n'ayant pu trouver dans la langue française leurs équivalents.

être renseigné sur la position, la grosseur, la consistance et la flexibilité de l'utérus. Seulement alors on pourra s'arrêter définitivement à une méthode.

Une faute, généralement commise par les débutants, consiste à pousser l'utérus trop haut vers le promontoire. On ne peut alors atteindre le fond utérin avec la main gauche, ce qui est une condition importante pour la réussite de l'opération. Du reste, pour arriver plus facilement à ce fond utérin, Brandt pratique avec le bout des doigts de la main externe de petits mouvements circulaires, déterminant un relâchement des parois abdominales.

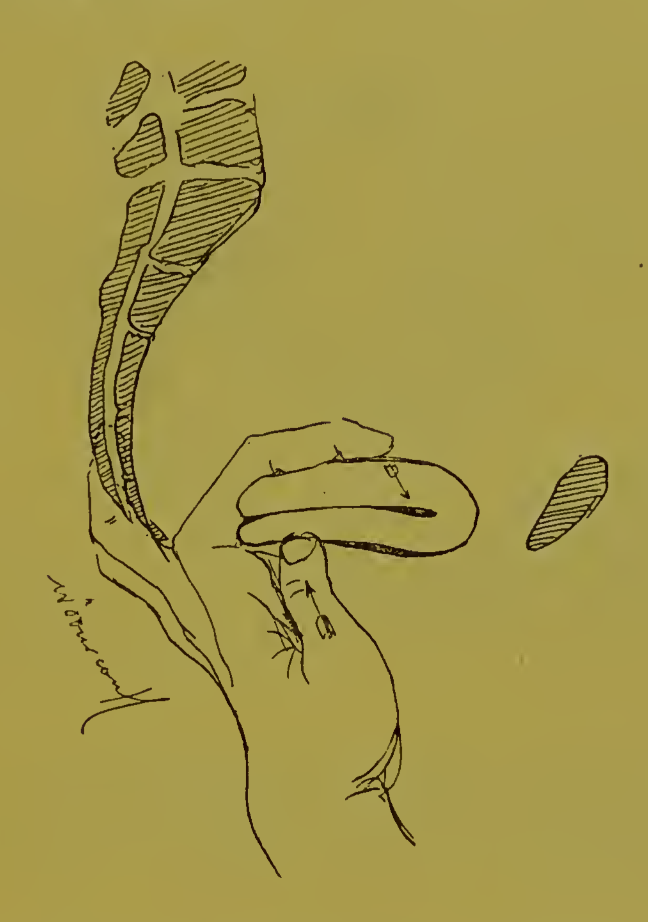
I. *Réduction dans la position debout ou couchée.*

a) Réduction recto-vaginale (Omkastning).



Cette méthode est employée lorsque l'utérus est gros (grossesse, fibrômes). La malade est debout, s'appuyant contre l'opérateur. Celui-ci, le coude gauche reposant sur le genou gauche, introduit son index

dans le rectum, aussi haut que possible, dépassant le troisième sphincter. Il exerce alors une pression sur la matrice, la poussant en avant et en bas, tandis que le pouce dans le vagin repousse le col en haut et en arrière; l'opérateur continue cette manœuvre combinée jusqu'à ce que l'utérus soit en antéversion.



Brandt ne met guère la femme dans le décubitus abdominal que dans les cas de grossesse.

II. *Réduction dans la position de Brandt.*

a) Réduction ventro-vaginale.

1° *Guppning*. — Cette méthode est employée par Brandt lorsque l'utérus est petit et dur et que ses attaches antérieures offrent une certaine résistance,

Il exerce avec l'indicateur une pression sur la surface antérieure du col, pour faire basculer le fond utérin légèrement en avant. Ce mouvement de bascule se produit par la tension des attaches antérieures de



l'utérus au niveau de l'isthme; Brandt profite de ce mouvement de bascule pour introduire à travers les parois abdominales sa main derrière le fond utérin, et le ramener en avant.

2° *Klemning.* — L'utérus est aussi petit et dur, mais n'a pu être réduit par Guppning, les attaches antérieures étant moins tendues.

On applique à travers les parois abdominales la main droite sur le fond utérin, l'index et l'auriculaire sur les côtés, le médius et l'annulaire sur le fond, empêchant de cette façon tout échappement latéral;

refoulant alors, avec l'index gauche, l'utérus en haut, celui-ci glisse au-devant des doigts de la main droite que l'on cherche à introduire *der-*

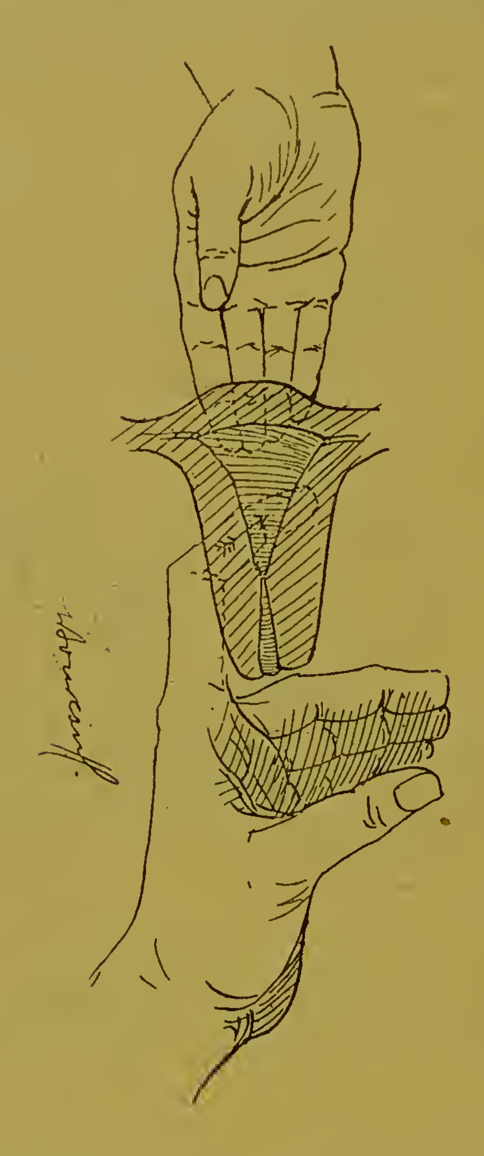


rière le fond utérin, principalement le médius et l'annulaire, et l'on réduit bimanuellement.

3° *Ikrokning.* — Méthode indiquée dans les cas de rétroflexion, l'utérus étant très flexible, l'angle de flexion augmenté par la pression sur le col.

On introduit son indicateur par le cul-de-sac droit, pour tâcher d'arriver sous le fond utérin. Alors fléchissant ce doigt, il se trouve

sur la surface postérieure de l'utérus que l'on repousse dans la direc-



tion des parois abdominales. Avec la main externe, on atteint le fond et on opère la réduction bimanuellement.

4° *Redressionstrycket.* — L'utérus est un peu plus long que dans les cas précédents, présente une certaine résistance dans la région de l'isthme, et n'a pu être réduit par les trois autres méthodes sus-indiquées.

La malade est dans la position de Brandt. Le médecin, avec son indicateur gauche, introduit dans le cul-de-sac postérieur aussi haut



que possible, soulève l'utérus dans la direction des parois abdominales. Il place ensuite les doigts de la main droite, la face dorsale tournée



vers lui, directement au-dessus de la symphyse, et, après être arrivé jusqu'à l'isthme utérin, refoule ce dernier en arrière. Ce mouvement

de pression doit être exercé autant que possible au niveau de l'orifice interne. L'indicateur gauche quitte la surface postérieure du col pour se placer sur l'antérieure où il rencontre les doigts de la main droite.



A ce moment, les deux mains agissant simultanément, refoulent le col, en arrière et en haut, jusqu'à ce qu'il se produise une certaine tension dans la partie antérieure du vagin.

Cette pression est exercée pendant quelques secondes, et l'utérus bascule déjà un peu en avant, surtout si l'on a pris la précaution de ne pas refouler le fond utérin avec la paume de la main.

Pendant que l'indicateur gauche immobile fixe l'utérus, on fait glisser très légèrement la main droite le long du bord droit de cet organe, et, lorsque le bout des doigts a dépassé le fond, on pousse

l'utérus en avant, et le corps utérin se trouve alors directement étendu sur l'indicateur gauche.



Une condition essentielle à la réussite de cette manœuvre est que l'utérus soit toujours conservé dans la ligne médiane. Cette méthode de réduction est une de celles qui réussissent le mieux et Brandt la conseille de préférence à tous ses élèves.

b) *Redression ventro-recto vaginale.*

Doit être pratiquée quand l'utérus est long et d'une consistance molle, et que son fond ne peut être atteint avec l'index gauche dans la palpation rectale.

La malade étant dans la position de Brandt, le médecin, afin d'introduire aussi haut que possible son indicateur gauche dans le rectum, rapproche son siège des pieds de la malade. Faisant alors, avec la

main externe, appliquée sur les parois abdominales, quelques petits



mouvements circulaires pour déterminer leur relâchement, le médecin



arrivé sur l'utérus, le repousse en bas et, de cette façon, fait arriver le fond utérin le plus près possible de l'extrémité de l'indicateur gauche,

afin que celui-ci puisse, lorsque le moment de la réduction sera arrivé, s'attaquer à la paroi postérieure et le doigt cherche à ramener l'utérus en avant. Il est secondé dans cette opération par le pouce,



introduit dans le vagin, qui refoule le col en haut et en arrière. Alors avec la main droite et toujours avec quelques mouvements circulaires, on cherche à s'insinuer derrière le fond utérin, et, cela fait, la reposition se complète facilement.

Antéflexion

Premier procédé.

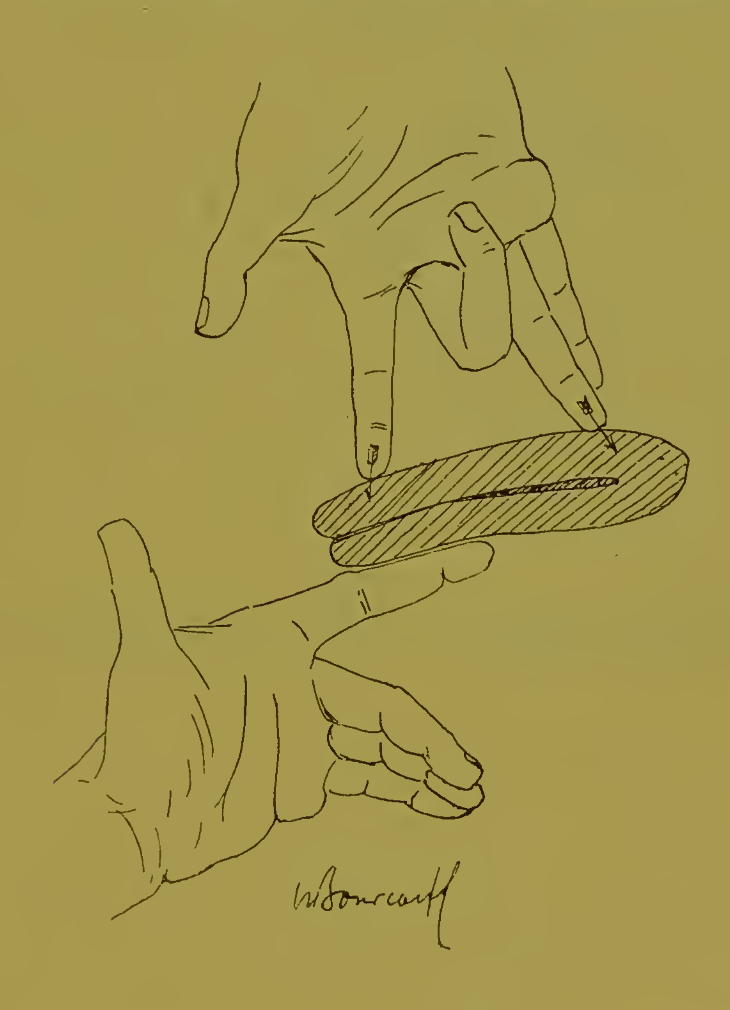
Brandt, se servant de la main gauche, introduit l'index dans le rectum et le pouce dans le vagin, sur le col. Saisissant alors l'utérus entre ses deux doigts, il refoule en arrière, avec la main droite, le fond utérin. Puis, couchant l'utérus sur l'index vaginal — de façon que la troi-



sième phalange corresponde au milieu de l'organe — il fixe l'utérus dans cette position par l'annulaire (fond) et l'indicateur (col) et le maintient ainsi durant quelques instants. Nous voyons que, dans cette méthode, l'antéflexion est transformée momentanément en rétroversion. Le médius est, pendant cette opération, replié dans la paume de la main (voir fig. page 113).

Deuxième procédé.

L'opérateur change momentanément l'antéflexion en forte antéversion. Pour ce faire, l'indicateur, dans le cul-de-sac antérieur, repousse le col en arrière et en haut, tandis que la main externe exerce une pression, sur le corps utérin, en avant et en bas (voir fig. page 114).



Il est bien naturel que si l'antéflexion provient d'une paramétrite il faut chercher à faire disparaître celle-ci par le massage avant de commencer le traitement de l'antéflexion d'après la première méthode.

Remarquons que Brandt, dans cette première méthode, masse la surface antérieure de l'utérus, ce qu'il ne fait que rarement et très délicatement pour ne pas irriter la vessie.



Dans la deuxième méthode, il ne masse que la face postérieure.

Différentes positions de l'utérus pendant les mouvements de « gymnastique à résistance ».

Brandt a remarqué, et nous avons pu contrôler la chose, que lorsque l'on fait exécuter des mouvements à résistance aux muscles du tronc, le col de l'utérus se déplace du côté où la musculature est en activité.

Ainsi, si l'on fait pencher une malade en avant, que l'on introduise un doigt dans le vagin, et que l'on ordonne à la malade de revenir en station verticale, un aide appuyant des deux mains sur les épaules pour faire « la résistance », on remarque que le col se porte en arrière et que, par conséquent, le corps se dirige en avant. Le contraire a lieu lorsque la malade étant penchée en arrière on lui ordonne de revenir en avant, en lui opposant de la résistance. Le col vient alors en avant.

L'effet produit par les flexions latérales est analogue.

Il faudra donc, lorsque l'on choisira ses exercices de gymnastique dans les mal-positions utérines, faire profiter la malade de ces circonstances.

ÉLÉVATIONS

Les mouvements d'élévation représentent en tous points une invention originale de Brandt. Nous ne trouvons rien d'analogue, ni dans la pratique suédoise, ni dans un autre domaine thérapeutique. Il est possible que ce procédé puisse être appliqué au traitement d'autres organes et qu'il ait beaucoup plus d'importance qu'on ne le suppose.

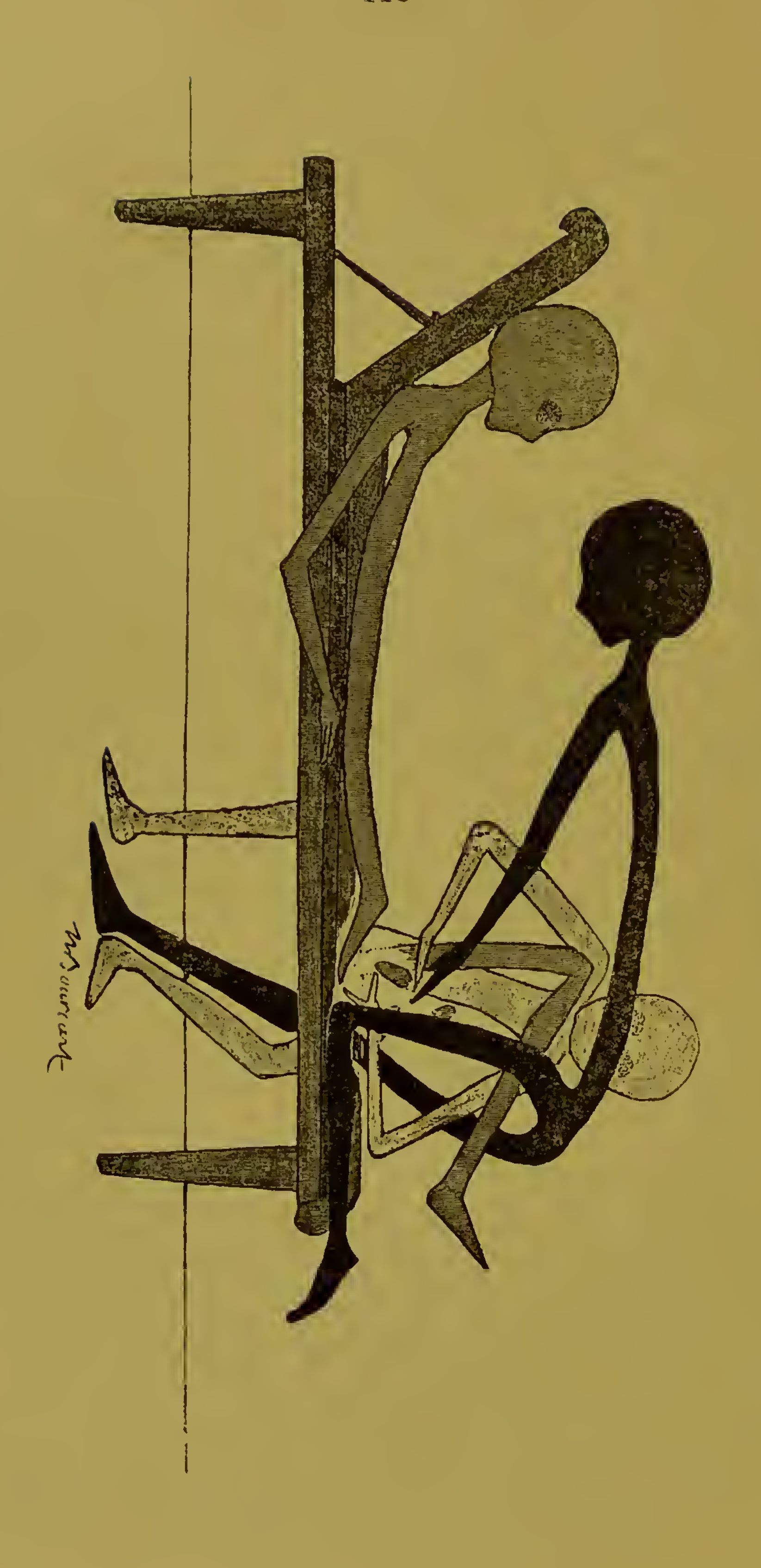
Il serait, avant tout, urgent de pouvoir l'expliquer physiologiquement et expérimentalement.

Brandt emploie cette manœuvre empirique dans les cas de prolapsus utérin, de cystocèle et de rectocèle, de rétroversion et de flexion, de latéroversion et de prolapsus du rectum.

Elévation dans le prolapsus utérin

La malade, après avoir subi ou exécuté les différents mouvements de gymnastique, soit tapotements, soit gymnastique générale, prend la position ordinaire : demi-couchée sur le plint, les vêtements complètement desserrés autour des hanches, mais recouvrant tout à fait les jambes. *La vessie et le rectum ont été préalablement vidés ;* de plus la malade est à jeun depuis deux heures au minimum.

Contrairement à ce que dit Profanter, ce n'est pas l'assistant qui contrôle par le vagin la position utérine et constate le degré d'extension produit dans le mouvement d'élévation, mais l'opérateur lui-



même. Une fois pour toutes, disons que Brandt, depuis plusieurs années déjà, n'opère plus seul. En voici la raison : Il a constaté que si la place de l'utérus maintenu en antéflexion n'est pas indiquée à l'assistant (1) qui doit faire l'élévation, ce dernier passe derrière l'utérus, ne le saisit pas et opère dans le vide. Ou bien que la position de l'utérus n'étant pas contrôlée par le médecin, cet organe pouvait retomber en rétroflexion et être refoulé, par l'assistant, plus profondément encore dans la cavité sacrée.

Il n'arrivait donc, étant seul, à bien saisir l'utérus et à le faire remonter régulièrement que dans des cas exceptionnels ; aussi lui est-il arrivé, en opérant sans aide, de ne pas toujours avoir de bons résultats.

Le médecin se plaçant, comme nous l'avons dit plus haut, à la gauche de la malade, refoule l'utérus et le place bimanuellement en antéversion normale.

Puis il introduit l'index gauche dans le vagin et l'applique par sa face palmaire à la face antérieure du col, ou mieux encore au point d'insertion du cul-de-sac ; après quoi, il refoule en haut et en arrière la portion vaginale. De cette façon, la partie mobile de l'utérus se place plus haut dans le bassin.

Ensuite, appliquant la main droite sur l'abdomen (voir fig. page 118), il repousse tout doucement la paroi abdominale, en bas et en avant, derrière la symphyse et au-devant de l'utérus en forte antéflexion ; ceci afin qu'il ne se produise pas de tiraillements de la peau au moment où elle sera entraînée dans l'élévation.

L'assistant se place au pied du plint, en face de la malade, en se rapprochant d'elle autant que possible. Son pied droit repose à terre très en avant, sa jambe étant calée en arrière contre la jambe gauche de l'opérateur.

Nous insistons sur la position de ce pied, car, pour faire une bonne élévation, on est forcé de se pencher très fortement en avant, et l'on s'exposerait sans cette précaution à tomber sur la malade.

(1) Une gymnaste.

La jambe gauche est fléchie et le genou appuyé sur le sopha. Les jambes de la malade auront été préalablement fortement fléchies, les genoux écartés et fixés contre les hanches de l'assistant; les pieds joints, ne touchant pas le sopha, et maintenus sous la cuisse gauche de l'assistant (voir fig. page 118).

Celui-ci place alors ses deux mains en position très supinée, sur l'abdomen, le bout des doigts contre la symphyse. Les bras sont complètement tendus (voir fig. page 121).



Puis, inclinant fortement le buste, de sorte que sa figure touche presque celle de la malade, les bras toujours tendus, l'assistant fait glisser ses deux mains en bas, aussi profondément que possible dans le bassin, en appuyant prudemment et graduellement avec le poids de son corps.

C'est à ce moment que l'opérateur retire sa main externe ; sa main interne indique exactement à l'assistant, pendant cette manœuvre, la

situation de l'utérus. Arrivé sur le col, il saisit la matrice par sa face antérieure.



L'opérateur doit sentir les doigts de l'assistant à travers le cul-de-sac antérieur.

Lorsque l'assistant, les mains plongées profondément dans le bassin, refoule les téguments abdominaux, sans toutefois saisir encore l'utérus, l'opérateur sent que la portion vaginale recule fortement, c'est-à-dire que l'utérus se place davantage en antéflexion.

Cette inclinaison forcée du fond de l'utérus en avant provient de ce que le péritoine refoulé, et par conséquent raccourci, entraîne avec lui cet organe auquel il est étroitement adhérent.

Il est très facile de faire une expérience analogue, sur la cavité abdominale ouverte d'un cadavre, en redressant en haut l'utérus en rétroversion, position qu'il occupe presque exclusivement après la mort. Pour cela, on soulève et on tend à l'aide de pinces le péritoine de la paroi abdominale antérieure.

Lorsque l'assistant a bien saisi l'utérus, par devant et des deux côtés à la fois, de façon à le maintenir des deux mains (il doit du reste le sentir), on passe au second temps de l'élévation.

L'assistant, se guidant sur la ligne du bassin, relève l'utérus très lentement et avec une grande prudence, le ramenant vers le promontoire en suivant la concavité du sacrum.



Pendant cette manipulation, il ne doit faire l'effort d'élévation qu'en relevant son torse et ses bras d'une seule pièce au moyen des muscles du dos, et cela très lentement. De plus, les doigts de la main externe ne doivent pas quitter l'isthme, c'est-à-dire ne jamais glisser sur les parois antérieures de l'utérus, car elles refouleraient ce dernier en arrière. Les deux dernières phalanges, recourbées légèrement en avant, doivent être perçues par la main interne.

L'utérus, étant bien saisi et bien dirigé, suit facilement les mains qui le guident. Dans le prolapsus complet, il arrive souvent que l'on

soit obligé de dépasser le promontoire; il faut alors avoir soin de rester sur la surface antérieure de la colonne vertébrale. On peut en effet faire remonter l'utérus très haut, quelquefois même jusqu'à la région ombilicale, sans causer ni douleurs ni préjudice à la malade.



Figure représentant les différents degrés de l'élévation,

N'oublions pas que, pendant cette opération les doigts des deux mains se touchent et que, l'élévation faite, l'aide de l'opérateur doit sentir la résistance qui s'oppose à ce qu'il aille plus loin. S'il dépassait cette limite, il glisserait en avant sur la surface antérieure et refoulerait l'organe en arrière; il pourrait aussi se produire des déchirures capillaires. L'utérus se trouvant au maximum de sa hauteur, s'échappe doucement des mains qui le retenaient. La tâche de l'assistant consiste à le laisser aller lentement et avec prudence. Si on abandonnait brusquement cet organe, après avoir tendu ses moyens de suspension, il redescendrait avec violence et précipitation; les liens et les attaches, amenées par là à se contracter, se retireraient violemment en bas, et causeraient de violentes douleurs.

Si, au contraire, on le laisse s'échapper doucement des doigts, il redescend lentement dans le bassin. C'est alors que l'opérateur, dont l'index gauche est resté dans le vagin pendant toute la durée de l'opération, afin d'y exercer un contrôle continuel, retiendra et maintiendra l'utérus en antéflexion. Si, après l'élévation, il retombait en rétroflexion, il faudrait aussitôt le redresser.

En faisant, de cette façon, remonter régulièrement cet organe, la malade sent très distinctement qu'il s'élève et que les parties relâchées se tendent; en outre, pendant l'élévation, grâce à la tension longitudinale des tissus, le vagin se resserre autour du doigt de l'opérateur, ce qui excite sa tonicité.

Il se fait, en même temps, un tiraillement sur les autres organes du bassin, dont les moyens d'attache sont également relâchés. Ils sont aussi attirés en haut et en dedans. Il en est de même des organes génitaux externes, qui se contractent et tendent à rentrer à l'intérieur. En d'autres termes, le relâchement et le peu de résistance des organes avoisinant l'utérus est proportionnel à la gravité du prolapsus. L'opération est pratiquée plus ou moins énergiquement, suivant la sensibilité du sujet; toutefois elle doit être exécutée doucement, surtout au commencement du traitement, et répétée ordinairement deux à trois fois par séance. Il serait même prudent, après chaque élévation, de laisser la malade dix minutes sur le dos, avant de continuer. En tous cas, il faut faire de petites pauses, pendant lesquelles l'opérateur, par des mouvements circulaires, masse l'utérus du fond vers l'orifice externe.

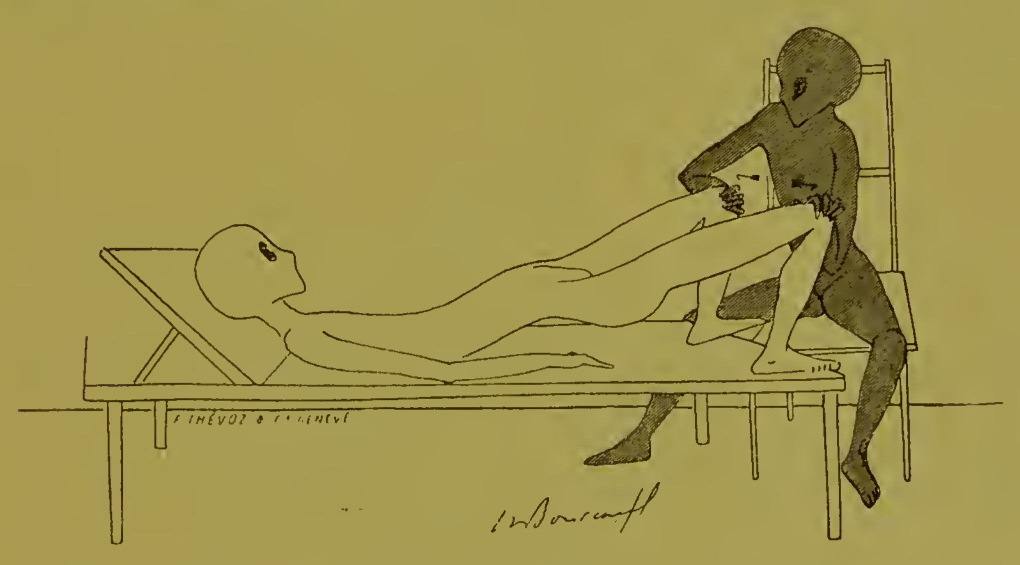
L'utérus ayant ordinairement beaucoup augmenté de volume, et se trouvant en état d'hypérémie passive, l'opérateur s'efforce, par ce mouvement, de le faire contracter davantage et vider ses veines dilatées, en un mot, d'obtenir une meilleure circulation.

C'est un fait bien connu, du reste, que lorsqu'on réduit un prolapsus utérin d'après les procédés ordinaires, c'est-à-dire en opérant par le vagin seul, il diminue rapidement de volume, les manipulations rétablissant une bonne circulation dans cet organe, ainsi que dans ses annexes.

La diminution de volume de l'utérus refoulé et maintenu est quelquefois très considérable; on peut s'en convaincre d'ailleurs en le mesurant à la sonde avant et après l'élévation.

Il faut que le procédé employé pour faire remonter la matrice soit complètement indolore pour le sujet, et il est indispensable, durant toute l'opération, de ne pas quitter des yeux le visage de la malade, le moindre signe de souffrance ou de grand malaise exigeant un relâchement immédiat. On doit agir très doucement et diminuer la pression ou la tension. Brandt nous dit qu'il serait préférable de laisser reposer la malade après chaque élévation, au moins dix minutes, de sorte que les trois élévations durent trente minutes. En outre, l'opérateur, avec son doigt placé dans le vagin, contrôle la position, fait signe à l'assistant si l'utérus est irrégulièrement saisi, élevé trop rapidement ou dans une mauvaise direction. Les mains de l'assistant et les téguments abdominaux de la malade ne doivent jamais être enduits de corps gras. Pendant l'élévation, l'aide opère par dessus la chemise, ayant ainsi plus de prise et glissant moins facilement sur les téguments abdominaux.

Pour terminer, Brandt fait encore la compression et le massage des ligaments sacro-utérins, ainsi que le refoulement avec vibration et compression des parois vaginales contre les deux côtés des ischions.



Il fait de plus travailler les adducteurs par l'*écartement des genoux en station demi-couchée dorsale avec élévation du bassin* et le *rele-*

veur de l'anus (Kneifungen) en obligeant la malade à le contracter un certain nombre de fois de suite.

En ce qui concerne la durée du traitement, Brandt dit que si au bout de quinze jours la matrice ne reste pas en place, il perd tout espoir de guérison. Il obtient le 70 à 80 % de succès (Theilhaber). Les femmes très âgées ne donnent pas toujours un bon pronostic.

Après la guérison du prolapsus par l'élévation, il persiste souvent une rétroflexion, qui n'occasionne pas de symptômes ou seulement de très légers que nous pouvons expliquer par la torsion des ligaments larges qui gêne la circulation, ou par le tiraillement du péritoine et l'irritation de cette séreuse, suite de l'accolement de surfaces anormales.

Le peu d'importance de ces symptômes s'explique par le fait que le prolapsus utérin réduit est toujours accompagné d'un certain affaissement de la cavité de Douglas, de sorte que l'utérus, même légèrement abaissé et en rétroflexion, s'y trouve encore à l'aise.

Le tiraillement des ligaments larges et l'entravement de la circulation sont toujours plus forts pendant le prolapsus qu'après sa réduction, même s'il subsiste encore une rétroflexion.

Afin que l'on puisse bien se rendre compte de l'efficacité de ce traitement, nous citons le cas soigné par Brandt à la clinique de Schultze; on pourra se convaincre qu'avec la meilleure plastique le résultat n'aurait pas été supérieur.

Observation

Renseignements commémoratifs. — Louise Sch., de Cospeda, femme de cultivateur, âgée de 34 ans, admise à la clinique le 29 décembre 1886, n'a jamais eu de maladie, sauf la rougeole dans son enfance. Elle a été réglée à 18 ans; menstrues irrégulières, douloureuses, faibles, supprimées une fois pendant trois mois. Mariée depuis 1875, a accouché trois fois. Premier accouchement 1875, normal. La malade ne reste que deux jours au lit. Vers le milieu de la première grossesse elle eut, en tournant la machine à battre le blé, une descente de l'utérus qui alla en s'aggravant jusqu'aux secondes couches qui furent normales en 1878. Elle resta au lit pendant huit jours, puis travailla malgré son prolapsus. Troisième accouchement, en 1879, normal, mais très douloureux; la malade fatigue beaucoup ses muscles

abdominaux et reste alitée pendant neuf semaines chez elle, ensuite pendant cinq semaines à la clinique chirurgicale d'Iéna pour une affection du pied. Le prolapsus s'aggrava quand la malade fit de nouveau des travaux pénibles, et plus tard (en 1883) il devint complet, à la suite d'efforts faits en soulevant un lourd panier. Depuis ce temps, il existe un prolapsus total de l'utérus. En 1884, elle consulta une sage-femme, qui lui plaça un pessaire. L'anneau resta pendant six semaines, mais bientôt le prolapsus se reproduisit et, dès lors, elle n'a plus suivi de traitement. La malade se plaint de pesanteur dans l'abdomen; elle éprouve une sensation analogue à celle que lui causerait un organe tiré et poussé vers le bas. Ténesme vésical, écoulement douloureux des urines, fortes douleurs dans tout l'abdomen principalement pendant la menstruation; elles sont alors si violentes qu'elle est forcée de garder le lit un ou deux jours.

Etat actuel, 29 décembre 1886. Femme petite et assez robuste; coloration du visage saine; muqueuses un peu anémiées, langue chargée, cou court, thorax bien développé, légère voussure à la partie moyenne, appareils respiratoires et circulatoires normaux, bruits du cœur purs.

29 décembre 1889. Etat de la malade en anesthésie. Utérus dévié à gauche et en arrière; prolapsus complet du vagin.

Orifice de l'urèthre à la partie supérieure de la vulve, à peu près exactement dans l'angle formé par l'inversion. La sonde, introduite dans l'urèthre et la vessie, dirigée vers l'orifice utérin situé à l'extérieur, descend à une profondeur de six centimètres; dirigée vers le haut, en arrière et à gauche, à une profondeur de huit centimètres et demi. La vessie contient environ 150 cc. d'urine. Pas de rectocèle. Le vagin prolabé et l'utérus se laissent, sans difficulté, refouler profondément dans le bassin et l'on peut, en même temps, placer facilement l'utérus en antéflexion. Orifice de l'utérus assez large, lacéré en ectropion, lèvre antérieure ulcérée (voir fig. page 128).

Diagnostic. *Prolapsus utérin total.*

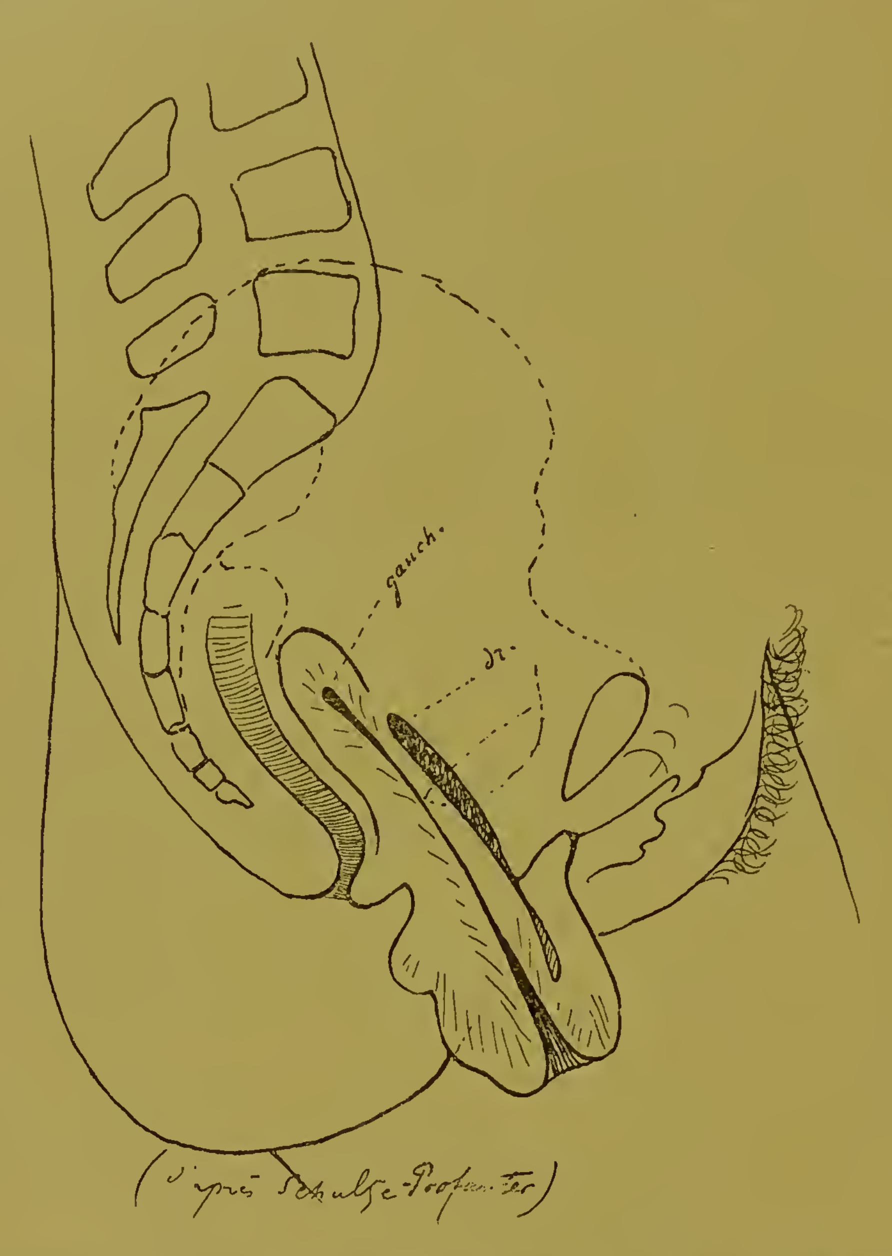
La malade a été admise à subir le traitement spécial le 30 déc. 1886.

Traitement. L'utérus prolabé est refoulé et replacé en antéflexion normale, en le faisant remonter d'après la méthode de Brandt.

La malade, après chaque séance, reste couchée un quart d'heure environ, le reste du temps elle peut se promener, en évitant toutefois de monter des escaliers dans les premiers temps.

30 décembre. Commencement du traitement. Après la première élévation, l'utérus se maintient fixé dans le corps par la tension très sensible des

replis de Douglas. La portion vaginale se trouve à cinq centimètres du périnée, en mesurant à partir de la commissure postérieure. L'utérus lui-même, attiré à gauche par le repli correspondant de Douglas, se trouve en rétroposition et en rétroversion.



31 décembre. Utérus dans la même position que le 30. Tous les symptômes du prolapsus ont cessé depuis hier.

1er janvier. Utérus dans la même position, peut-être un demi-centimètre plus haut que la veille, a beaucoup diminué de volume; col moins hypertrophié.

2 janvier. Utérus dans une position plus médiane, tout droit. La rétroversion a cessé.

9 janvier. Début de la menstruation. L'utérus n'est descendu ni au début ni pendant la durée des règles.

11 janvier. Utérus pour la première fois dans la ligne médiane; légère antéflexion.

13 janvier. Fin de la menstruation.

14 janvier. Corps de l'utérus beaucoup plus petit. L'hypertrophie du col a également continué à décroître. L'éctropion a presque disparu.
La malade sans y être invitée, se promène une heure entière en dehors de l'hôpital.

15 janvier. L'utérus se trouve un centimètre environ plus bas que la veille, toujours dans une situation médiane, mais de nouveau un peu en rétroversion (par suite de la promenade trop longue). Après l'avoir fait remonter, il se maintient, comme auparavant, à la hauteur normale et en antéflexion.

16 janvier. Utérus à la hauteur normale et en antéflexion.

17 janvier. L'utérus se maintient dans la même position.

18 janvier. L'utérus se maintient dans la même position. Tension sensible des deux replis de Douglas.

19 janvier. La malade est invitée à se promener en ville pendant un quart d'heure.

20 janvier. Utérus à la même hauteur en position normale, promenade d'une demi-heure en ville.

21 janvier. Utérus dans la même position. Nouvelle promenade d'une demi-heure.

22 janvier. Utérus de même. Promenade de 1 heure.

24 janvier. Utérus dans une position décidément tout-à-fait normale et en antéflexion, la portion vaginale dans la ligne spinale. Promenade de deux heures.

27 janvier. Col de l'utérus encore un peu plus en arrière, fixé par l'élasticité des replis de Douglas, la pointe de la portion vaginale lacérée se trouve à la hauteur de l'épine sciatique, plutôt un peu au-dessus qu'au-des-

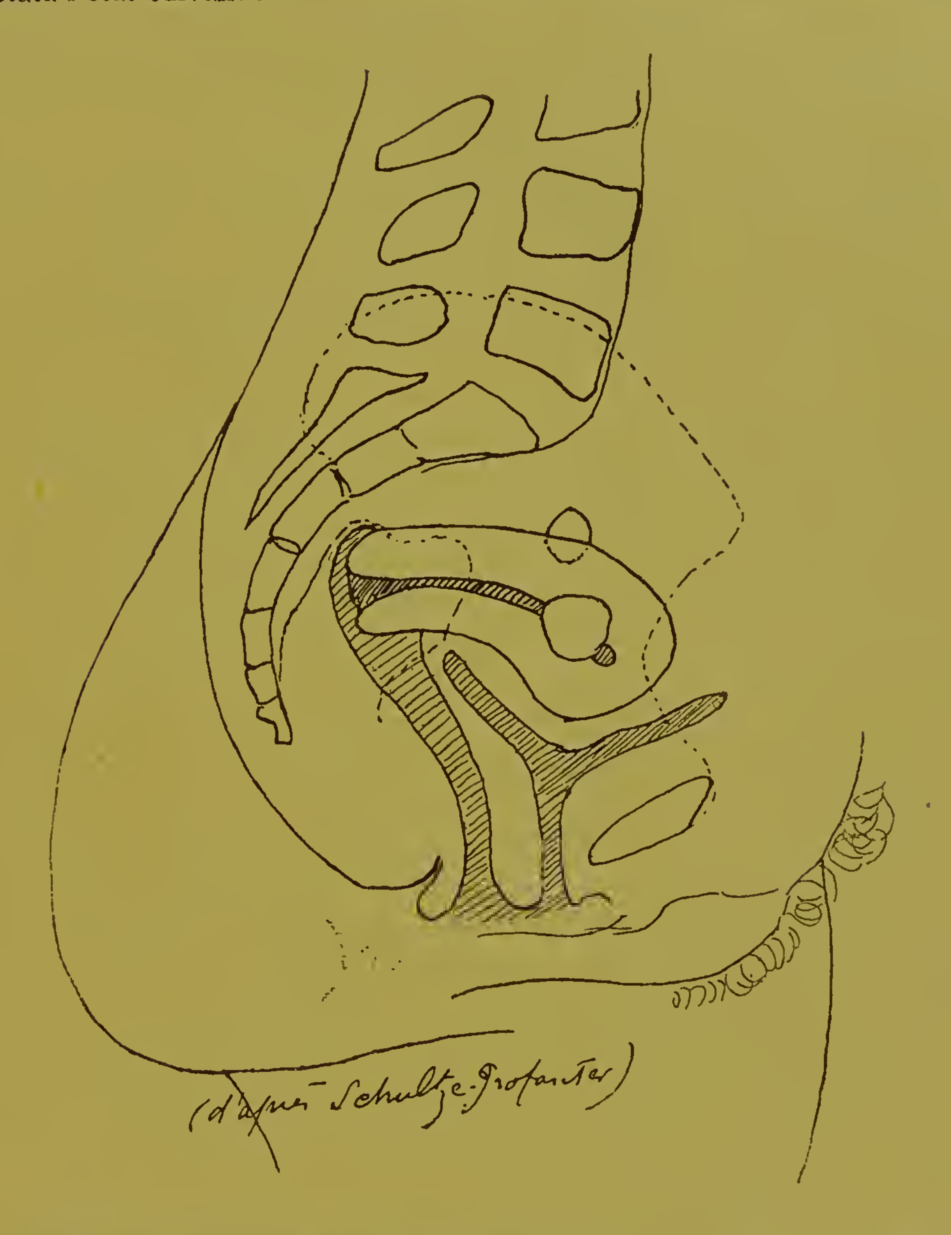
sous. La paroi antérieure du vagin est aujourd'hui moins relâchée que le 20 janvier.

31 janvier. La malade est congédiée.



Etat actuel. — Portion vaginale un peu au-dessous de la ligne spinale. Utérus en antéflexion normale, sa cavité accuse neuf centimètres. La malade se sent tout-à-fait bien portante, toutes les incommodités du prolapsus ayant complètement disparu. La malade congédiée le 1er février 1887 *sans pessaire* revint sur la demande de Profanter le 20 février 1888 (donc plus d'un

an après) à la clinique d'Iéna où le docteur Scdutsch, assistant à la clinique, constata l'état suivant :



« La malade depuis sa sortie (1er février 87) s'est toujours bien portée et a pu exécuter sans peine des travaux domestiques et agricoles, porter de lourds paniers, récurer, laver, etc. Toutes les incommodités qui existaient avant le traitement ont disparu; les principales avaient été une diminution considérable des aptitudes au travail, et l'existence de douleurs aux parties extérieures; lorsqu'elle courait il lui semblait que tout était détaché dans son corps, lorsqu'elle se couchait sur le côté, après être restée sur le dos, elle ressentait un bouleversement général. De plus elle

éprouvait de vives douleurs, aussi était-elle forcée de garder le décubitus dorsal.

Inappétence, sommeil troublé par des douleurs abdominales, céphalalgies précédant d'un jour le début des règles, ventre et reins douloureux pendant les menstruations. Seuls, les maux de tête ont persisté jusqu'en juin 1887, depuis ils n'ont pas reparu.

La menstruation a toujours été régulière, toutes les quatre semaines, durant trois jours et d'une quantité moyenne.

Etat du 20 février 1888. Le sujet a l'aspect d'une personne très bien portante, muqueuses bien colorées, appareils circulatoires et respiratoires sains.

Abdomen légèrement déprimé, légère disjonction des muscles droits, les téguments abdominaux assez minces, partout facilement déprimables, ventre insensible à la pression. *Vulve* entr'ouverte, présentant un orifice de deux centimètres. Longueur du périnée un centimètre et demi. Dans la vulve, on aperçoit la colonne postérieure sur une longueur de trois centimètres, le bulbe uréthral sur une longueur de un centimètre et demi. Les petites lèvres se laissent facilement rapprocher au-devant des parties visibles du vagin, sans qu'il soit pour cela nécessaire de les refouler. Orifice vaginal large. Cet organe présente des dimensions moyennes. Parois lisses, peu ridées. La portion vaginale de l'utérus se trouve au-devant et au-dessus de la ligne spinale. La lèvre antérieure du col à cinq centimètres en arrière et au-dessus du bord inférieur de la symphyse. Col un peu lacéré des deux côtés, lèvre antérieure courte (un centimètre et demi) et mince, la lèvre postérieure épaisse (un centimètre et demi). On sent, à travers la voûte postérieure du vagin, la superficie d'une tumeur sphérique.

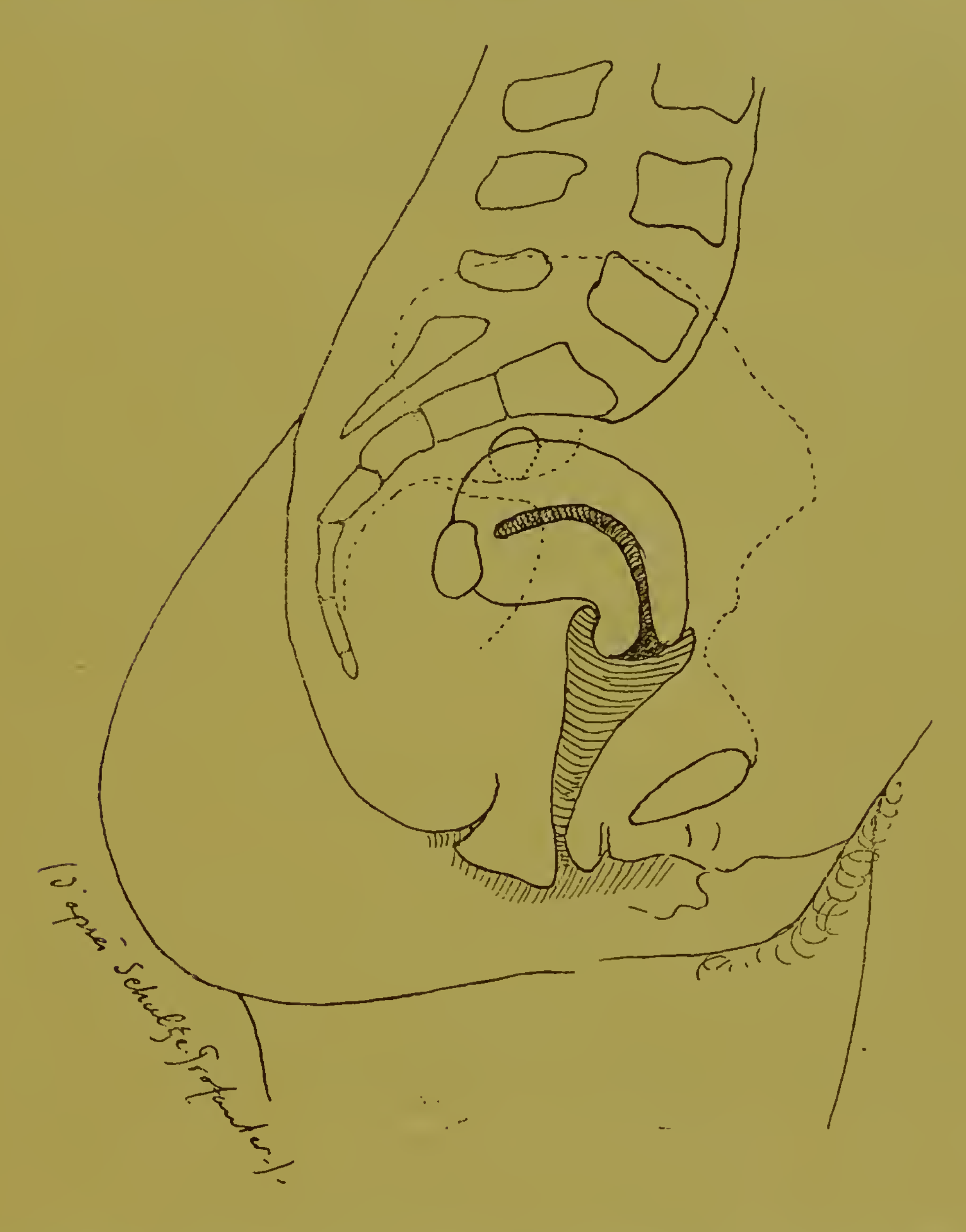
Par l'examen combiné, on reconnaît que cette tumeur est le corps de l'utérus en rétroflexion. Son fond est placé sur la ligne médiane dans la cavité formée par le sacrum et ne descend pas jusqu'au bord de la quatrième vertèbre sacrée.

L'utérus est légèrement augmenté de volume (voir fig. page 133).

Le paramétrium gauche est mou, partout insensible à la pression. L'ovaire gauche petit, non douloureux à la pression, se trouve près de l'articulation sacro-iliaque à la hauteur de la deuxième vertèbre sacrée.

Le paramétrium droit est également mou et partout insensible à la pression. L'ovaire droit se trouve dans l'espace de Douglas, à droite du fond de l'utérus, il est un peu plus grand que le gauche et non douloureux à la pression. L'utérus se laisse mouvoir librement et peut facilement à l'aide des deux mains être placé en antéflexion normale. Après la réduction, la

portion vaginale se trouve en arrière et au-dessous de la ligne spinale, à un centimètre de la quatrième vertèbre saine. La lèvre antérieure atteint maintenant la même longueur que la postérieure (voir fig. page 131).



Le fond de l'utérus se trouve en arrière de la symphyse. L'ovaire gauche (après la réduction) se trouve dans le plan de l'entrée du bassin près du milieu de la ligne arquée du bord interne du muscle psoas. Le droit, un peu au-dessous du plan de l'entrée du bassin, assez près de l'angle droit de l'utérus. Les deux trompes sont distinctement tangibles, ni hypertrophiées ni douloureuses. La sonde, introduite dans la vessie vide et dirigée en haut,

pénètre sur la ligne médiane à neuf centimètres, dirigée à droite en arrière et à gauche en arrière à 11 centimètres. En arrière, jusqu'au-devant de la portion vaginale, à neuf centimètres. Les *résultats* obtenus chez cette malade et vérifiés plus d'un an après sa guérison peuvent être considérés comme très favorables et être comparés à la meilleure et à la plus heureuse opération chirurgicale.

Nous ne voulons pourtant pas présenter ce cas comme étant parfait, sachant que dans la plupart de ceux soignés par Brandt, l'utérus, après le traitement, se trouve en antéflexion.

ÉLÉVATIONS SPÉCIALES

Les mouvements d'élévation peuvent être faits aussi pour d'autres causes et sans qu'il existe de mal-position, par exemple quand l'utérus est trop gros, et que l'on a des raisons pour le rendre mobile, ou pendant la grossesse, lorsqu'il provoque des douleurs dans un endroit déterminé. Dans ce dernier cas, Brandt saisit l'utérus par le col, et, après avoir pratiqué l'élévation avec prudence, il ne lâche pas l'organe, mais le suit dans sa descente, et recommence l'opération jusqu'à quatre fois.

Elévation oblique.

On la pratique dans les cas de fixation latérale. Ainsi l'utérus étant fixé à gauche, on le libère et on l'attire en l'élevant obliquement à droite; de cette façon on donne la possibilité de se raccourcir aux ligaments droits relâchés et on sollicite leur contraction par des mouvements de trépidation ajoutés à l'élévation, et opérés du même côté.

Elévation dans la rétroflexion.

Brandt traite d'emblée les cas d'utérus en rétroflexion non fixés par des élévations et le massage des ligaments larges et des replis de Douglas Il n'emploie jamais de pessaires.

Comme dans l'antéversion, il ne faut pas élever trop haut l'utérus. Aussitôt que les culs-de-sac sont un peu tendus, on doit s'arrêter, car en allant trop loin, outre la douleur, on s'exposerait à refouler l'utérus en arrière.

Brandt nous dit que dans l'élévation pour rétroflexion il faut agir principalement sur les attaches antérieures et le ligament rond; en laissant retomber la matrice rapidement, contrairement à ce qui se pratique dans les élévations de l'utérus pour prolapsus, le ligament rond se contracte.

APPENDICE

Rectocèle et Cystocèle.

Dans les cas de cystocèles, Brandt procède absolument comme pour l'élévation d'un utérus prolabé.

En outre, il réduit la muqueuse prolabée tout en exerçant sur elle une pression, avec mouvements de trépidation, dirigée soit contre la symphyse soit contre le sacrum. Cette opération se fait avec l'extrémité d'un ou de deux doigts légèrement fléchis dans la dernière phalange.

Dans les cas de rectocèles, on fait une élévation de l'S iliaque comme pour le prolapsus rectal (voyez plus bas).

TRAITEMENT DU PROLAPSUS RECTAL

Nous pouvons dire que Brandt a rendu un réel service aux médecins, en trouvant la méthode par laquelle on réduit le prolapsus du rectum. Il ne s'adresse pas seulement aux chirurgiens doués d'aptitudes spéciales; il met entre les mains de tous les praticiens un procédé qui leur permet de soulager et de guérir leurs malades très promptement.

La preuve que ce traitement n'offre aucune difficulté est, d'après lui, la suivante : Il serait très difficile d'appliquer les manœuvres de réduction, décrites plus bas, à un enfant, et cela parce que, voyant une personne étrangère, il commencerait à crier et tendrait ses parois abdominales. Dans ces circonstances, Brandt confie le traitement à la mère, après l'y avoir initiée.

La guérison s'effectue souvent au bout de quelques jours, même parfois en un seul jour et, rarement, la patience du chirurgien est mise à l'épreuve. Dans des cas exceptionnels cependant, le succès n'a été complet qu'après plusieurs mois de traitement. Même des malades qui avaient été cautérisées, ou avaient subi l'amputation rectale suivie de récidive, ont trouvé chez Brandt la guérison désirée. Il nous a cité entre autres un cas, se rapportant à cette dernière catégorie, et qu'il a soigné avec succès dans l'été 1889, à la station balnéaire de Dalarö.

Son expérience, basée sur une centaine de cas, est grande, et jamais il n'a enregistré un insuccès. Nous pensons que l'observation suivante fera ressortir d'une façon éclatante la valeur de la méthode.

Cette observation qui appartient au docteur Kumpf (*Wiener Klinische Wochenschr.* 1889, nos 36, 37) est non seulement très intéressante au point de vue opératoire, mais elle prouve que, seul, l'effet tonifiant de l'élévation du rectum a agi sur la musculature. Il n'existait pas de sphincter, et il y avait absence complète de relations entre le releveur de l'anus et le rectum.

Il s'agit d'un nouveau-né, opéré pour une atrésie anale, chez lequel on avait pratiqué un anus prœnaturalis, un centimètre en arrière de l'endroit où devait se trouver l'ouverture naturelle. On avait préalablement réséqué le coccyx.

L'enfant guérit très bien et quitta la clinique. Deux jours après sa sortie on le ramena dans un état désespéré (gastro-entérite et prolapsus du rectum d'une longueur de six centimètres). Traité par la méthode de Brandt, il guérit en dix jours.

Kumpf (*loc. cit.*) cite un second cas de prolapsus, long de douze centimètres, guéri en six semaines par le même procédé.

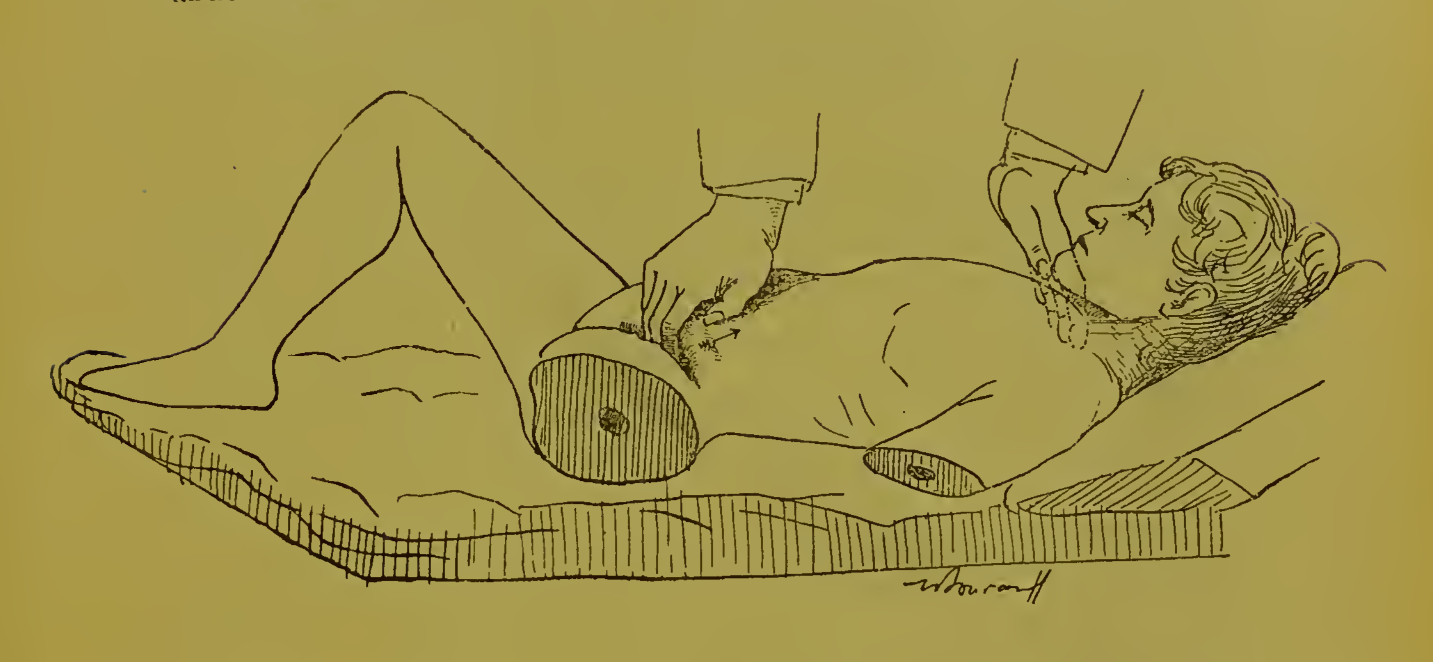
Méthode.

I. Il faut réduire le prolapsus.

II. On commence et on termine chaque séance quotidienne par des tapotements sur le sacrum, auxquels on ajoute des mouvements de gymnastique déterminant un afflux de sang du côté du bassin.

III. Elévation de l'S iliaque. Pour cela, la malade étant dans la position de Brandt, l'opérateur, à sa droite, met sa main gauche sur

l'épaule droite de la patiente et regarde cette dernière. La respiration doit être profonde, tranquille, afin d'éviter toute tension des parois abdominales.



Alors le médecin, partant de l'épine iliaque antérieure gauche, insinue sa main droite, en faisant des vibrations, dans le bassin, et tâche d'arriver ainsi sous le repli inférieur de l'S iliaque. Puis, l'ayant bien saisi, il l'attire en haut et en dedans, dans la direction de l'ombilic. Il suffit pour se convaincre de l'efficacité de cette manœuvre, de la répéter sur une personne saine; on verra sous son influence la région anale s'enfoncer en entonnoir.

IV. Dans les cas anciens où il y a épaississement de la muqueuse et du tissu sous-muqueux, Brandt pratique un effleurage un peu fort, dans le but d'améliorer la vascularisation locale. Il le fait par le vagin, en exerçant avec l'indicateur des pressions sur la paroi vaginale postérieure, et cela de dehors en dedans.

V. Après la reposition et l'élévation, il opère tout autour de l'anus des pressions, dans le but de fortifier et d'exciter le sphincter anal.

VI. Il recommande à ses malades de faire, chaque jour quatre à cinq fois, un certain mouvement, qu'il appelle *Knippningarna*. La malade s'appuie contre une paroi, croise les jambes et, rapprochant ses fesses, fait avec l'anus le mouvement de retenir une selle. Il est certain que cet exercice actif doit fortifier le sphincter et le releveur de l'anus.

VII. Après chaque évacuation, la malade s'administre un petit lavement d'eau chambrée (deux à trois cuillerées à soupe). Brandt pense qu'il excite par ce moyen l'innervatiou de l'anus.

VIII. Pour terminer, il fait faire à la malade quelques mouvements d'écartement des genoux, toujours dans le but de solliciter les contractions du releveur de l'anus et de fortifier le plancher du bassin.

Nous pensons qu'il est inutile d'insister sur la nécessité absolue de fixer, pendant ce traitement, notre attention sur les fonctions intestinales. Il faudra, autant que possible, les régulariser par un régime *ad hoc*. Brandt conseille aux malades (excepté aux enfants naturellement, dont la pression abdominale fonctionne mal), les parois du ventre étant relâchées, d'appuyer pendant la défécation leur avant-bras droit dans le pli inguinal gauche, le corps fortement incliné en avant. L'action de la pression abdominale est ainsi soutenue et agit mieux dans la direction du rectum. Si la malade s'aperçoit que, pendant la défécation, le prolapsus se reforme, elle doit cesser tout de suite les efforts d'expulsion, et les reprendre seulement après l'avoir fait rentrer et avoir pratiqué quelques Knippningarna.

Pour nous, l'explication de ce traitement est la suivante : Par le tapotement, nous excitons les nerfs qui de la moëlle épinière vont aux parties intéressant le rectum et déterminons ainsi une excitation des éléments contractiles.

Par l'écartement des genoux et le soulèvement des reins, nous fortifions les muscles du plancher pelvien en les mettant en activité.

Par l'élévation de l'S iliaque, on distend le releveur de l'anus et les muscles recto-coccygiens et on appelle, par contre-coup, leur

contraction, ainsi que celle de la musculature du rectum. Les pressions opérées sur le vagin et autour de l'anus agissent de même ; ces dernières modifiant le sphincter anal.

Il est toujours utile d'ajouter à cet exercice une compression latérale externe des grandes lèvres, contre la branche montante de l'ischion, pour agir sur les extrémités de la branche périnéale du nerf honteux interne.

Lorsqu'il y a du *ténesme vésical*, il faut appliquer une de ses mains derriére la symphyse, l'enfoncer un peu et imprimer un mouvement de trépidation au bas fond de la vessie. On emploiera en outre la série des mouvements « décongestionnants. »

MÉTRITE ET ENDOMÉTRITE

Brandt — après s'être bien assuré que ces états pathologiques ne sont pas la conséquence de processus inflammatoires, par exemple de fixations autour du col empêchant la circulation normale — masse dans l'ordre suivant : le fond, le corps, le col, les côtés de l'utérus et les ligaments larges. Dans les cas de subinvolution avec ménorrhagie, il fait un massage léger et des mouvements décongestionnants. Déjà pendant ces manœuvres, l'utérus se contracte, l'hémorrhagie cesse, pour revenir peut-être une heure après, mais moins forte.

Théoriquement, l'utilité du massage peut très bien s'expliquer pour la métrite chronique, la subinvolution et quelques formes d'endométrite. Il provoque des contractions qui compriment les vaisseaux distendus ; l'hémorrhagie cesse.

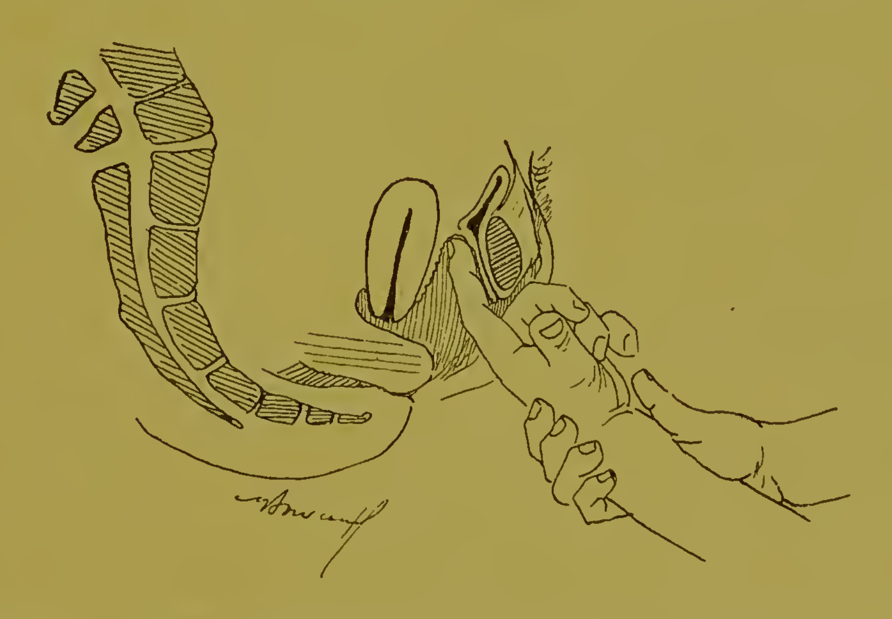
Le résultat rapide obtenu par l'application des caustiques s'explique aussi par la contraction et la diminution de l'hypérémie.

TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE D'URINE

Brandt a souvent eu l'occasion de la traiter, principalement chez les malades ayant eu des accouchements répétés, et chez lesquelles — sous l'influence d'un accès de toux ou d'un effort quelconque, le sphincter n'étant pas suffisamment résistant, — l'urine s'écoulait involontairement.

Le premier cas se présenta à lui en 1888 et fut guéri en une séance. Il nous a cité l'observation d'une dame de Berlin, soignée sans résultat pendant deux ans par différents médecins, et qu'il guérit en neuf jours. Nous avons eu la preuve de ce fait en lisant une lettre du mari.

Procédé. — Le médecin est assis en face de la malade, couchée dans la position de Brandt. Il introduit, de bas en haut, l'index



gauche bien graissé, sur les bords de l'urèthre que l'on sent facilement derrière la symphyse, sous forme d'un cordon. Il recourbe ce doigt de

façon à atteindre le bord supérieur de la symphyse et le sphincter de la vessie. Alors, saisissant son poignet gauche avec la main droite, il exerce, à gauche et à droite, sur l'urèthre, une pression contre la symphyse, pression à laquelle il ajoute des vibrations. Il recommence trois ou quatre fois de suite.

Il faut avoir soin d'introduire son doigt de bas en haut, en appuyant la face dorsale de la main sur le lit, entre les cuisses. L'effleurage n'est pratiqué que dans des cas d'épaississement de l'urèthre.

Brandt applique aussi avec succès ce traitement aux enfants atteints d'énurésie nocturne ; mais il leur suggère surtout l'idée qu'ils devront se lever une fois chaque nuit pour uriner.

Afin d'agir directement sur le col de la vessie, Brandt introduit son doigt dans l'anus et procède de la façon décrite plus haut. Au commencement de la séance, il fait des tapotements légers sur les lombes, la malade étant en station inclinée en avant, et termine par un écartement des genoux.

Kumpf a obtenu des guérisons par le même procédé.

MASSAGE DANS LES FIBRÔMES

Depuis longtemps déjà on employait le massage pour combattre les hémorrhagies, spécialement dans l'accouchement, mais c'est à Brandt que revient l'honneur de l'avoir introduit dans la gynécologie pour le traitement des fibrômes, en le combinant à la gymnastique. Sans vouloir soutenir que le massage puisse déterminer la diminution de volume d'une tumeur fibreuse, Brandt, depuis de longues années déjà, a constaté que, par son traitement, il exerçait une influence très heureuse sur les hémorrhagies qui accompagnent si fréquemment ces néoplasmes. Ce fait du reste a été constaté par *Freudenberg* (*loc. cit.*), il y a très peu de temps encore. Le massage combiné à la gymnastique ne sollicite-t-il pas, dit-il, des contractions utérines et ne favorise-t-il pas le reflux du sang du bassin?

Nous ne serions pas étonnés que l'avenir nous démontrât que, ce massage peut, dans de certaines limites, empêcher le développement ultérieur d'une tumeur bénigne.

Pendant le séjour de *Profanter* à Stockholm, il eut l'occasion de voir la guérison d'hémorrhagies provenant d'un fibrôme. *Theilhaber*, dans les mêmes circonstances, put aussi surveiller le traitement d'un fibrôme de la grosseur d'une bille de billard, avec rétroflexion de l'utérus. La malade était venue consulter Brandt pour des douleurs et des métrorrhagies. Le traitement se composa de mouvements décongestionnants, de redressement de l'utérus et de massage, opérés surtout

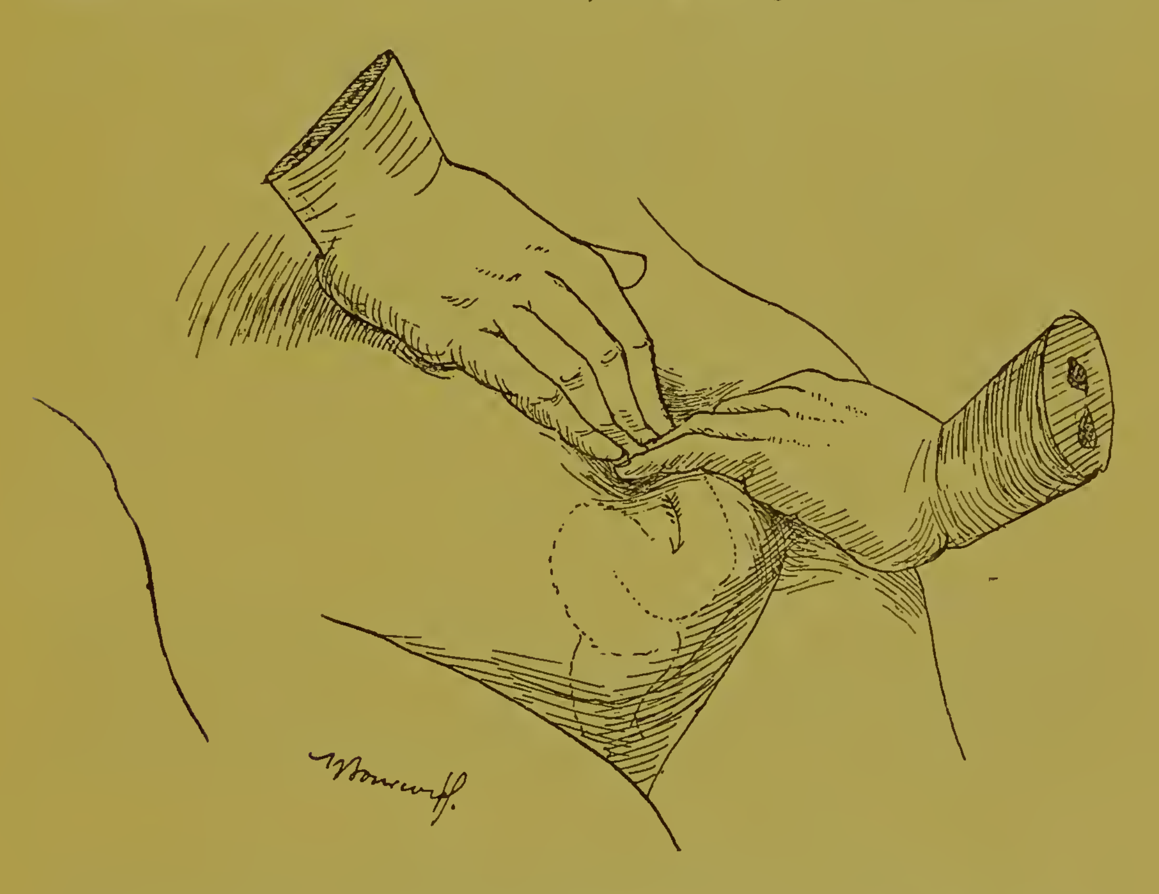
pendant les règles. Les douleurs diminuèrent, ce que Brandt expliqua par le fait que l'utérus, n'étant pas continuellement en rétroflexion, il ne comprimait plus les nerfs du bassin. Les hémorrhagies diminuèrent aussi.

On peut, de même, combattre les sensations, parfois fort pénibles, qui proviennent d'adhérences entre les tumeurs, la vessie et le rectum. Pour cela, l'opérateur suédois applique ses mains sur les côtés de l'abdomen en faisant de petits mouvements de latéralité, avec vibrations, qui s'accentuent au fur et à mesure que les adhérences deviennent plus lâches.

MASSAGE DANS LA CONSTIPATION

La malade est en station couchée de Brandt.

a) Le médecin, à la gauche de la malade, les deux mains appliquées sur l'hypocondre gauche, coudes en dehors, faces dorsales des mains tournées l'une contre l'autre, de façon qu'une des faces pal-



maires regarde en haut et l'autre en bas, les dernières phalanges en hyperextension, l'extrémité des doigts se touchant — le médecin fait avec l'extrémité des doigts des mouvements demi-circulaires, avan-

çant de dehors en dedans et de haut en bas obliquement. Il vide ainsi l'S iliaque dans le rectum.

b) Plaçant ensuite les deux mains l'une à côté de l'autre, le médecin fait avec l'extrémité des doigts, dirigée en haut, un mouvement de friction demi-circulaire, en appuyant plus ou moins fortement, suivant le degré de sensibilité, mais avec une grande douceur.

Il faut avoir soin de ne pas frotter simplement la peau, mais de masser la profondeur en entraînant la paroi abdominale avec la main. On masse ainsi en partant de l'S iliaque, en remontant toujours au-dessus du point massé, et en reprenant la peau plus haut dans le mouvement circulaire des doigts. On chasse de cette façon peu à peu, dans le rectum, le contenu de l'S iliaque et du colon descendant, puis on vide le colon transverse, et ainsi de suite, contrairemeut à ce que l'on avait l'habitude de faire dans nos pays, où l'on massait de droite à gauche, en commençant par le cœcum et le colon ascendant.

Il faut toujours masser plus délicatement le colon transverse.

c) La malade étendant alors les jambes, le médecin appliquant ses mains à plat, l'une contre l'autre, sur l'abdomen de la malade, pratique un pétrissage circulaire du ventre. Il imprime à la main un mouvement de balancement de façon à n'agir que par le talon de celle-ci ou avec l'extrémité des doigts et à ne pas appuyer sur la région médiane où se trouve l'intestin grêle.

d) Puis appliquant, de la même façon, les mains sur le bas-ventre, le médecin soulève vers le diaphragme toute la masse intestinale en lui imprimant une légère trépidation.

Lorsque la constipation est plus intense, on peut ajouter la série d'exercices suivants aux précédents :

a) La malade est en station verticale, appuyée contre une paroi, les bras fixés au-dessus de la tête en demi-extension. Le médecin applique alors l'extrémité de ses doigts en arrière sur la région rénale à la hauteur de l'extrémité inférieure de la 11me côte, le talon de la main

sur l'abdomen à la hauteur de l'ombilic; enfonçant alors la paume de la main, et principalement le talon, il fait un mouvement de friction profonde et demi-circulaire, allant de haut en bas et de dedans en dehors en pivotant sur l'extrémité des doigts; la peau du ventre doit

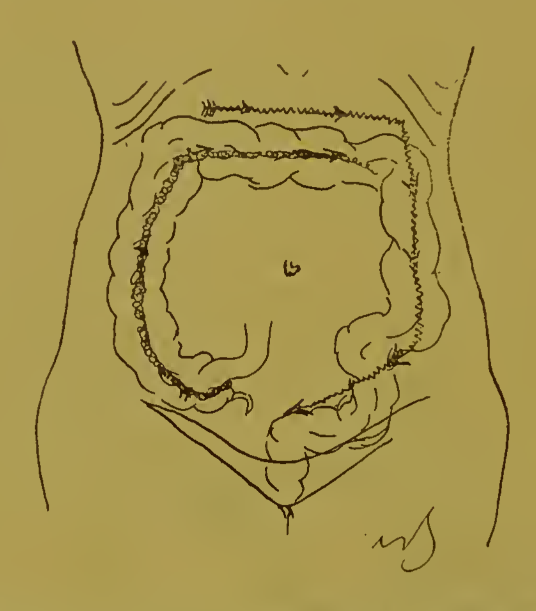


suivre la main et glisser sur les parties profondes. Ces mouvements se font avec les deux mains à la fois; ils sont d'abord assez lents puis augmentent graduellement de rapidité, la pression de la paume de la main diminuant à mesure que la vitesse augmente.

b) La malade restant toujours debout, le médecin fait ensuite un pétrissage de la masse abdominale avec les deux mains de façon que la main droite, étant à droite, chemine le long du colon transverse, arrive à gauche en haut, et de là se dirige à gauche en bas, un peu à droite pour finir. La main gauche partant de droite, en bas, chemine

sur le colon ascendant et transverse. Ces deux mouvements constituent un pétrissage circulaire de tout le gros intestin.

Les mouvements *a* et *b* se font à la suite l'un de l'autre. L'on recommence cinq ou six fois l'exercice.



(Les lignes dessinées sur le colon indiquent le trajet des mouvements, et les flèches qui les terminent la direction dans laquelle ils sont effectués.)

Remarque. — Si la malade souffrait de métrorrhagie ou qu'elle eût ses règles, il ne faudrait faire que les mouvements en station couchée. Si les pertes étaient même trop abondantes, on devrait éviter tout massage de l'abdomen, ces mouvements congestionnant activement les organes pelviens.

Si la malade souffrait de l'estomac, on masserait plus spécialement cette région en faisant sur cet organe quelques mouvements de trépidation.

TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION

CHEZ LES ENFANTS EN BAS AGE

La mère prend l'enfant sur ses genoux, celui-ci regardant le médecin assis en face d'elle.

Le médecin commence par faire :

1° Un léger pétrissage latéral puis circulaire de l'abdomen.

2° Quelques mouvements de rotation passive des cuisses.

3° Flexions de la cuisse sur l'abdomen.

4° On étend l'enfant sur le ventre et l'on fait de légers tapotements du sacrum, cela seulement avec l'extrémité des doigts qui sont légèrement fléchis.

5° Rotations du tronc, l'enfant étant assis à cheval sur l'un des genoux de la mère et tournant le dos au médecin. La mère doit maintenir les cuisses de l'enfant fixées contre sa jambe.

6° On met l'enfant en station demi-couchée, sur les genoux de la mère, et l'on fait de nouveau un pétrissage et une friction plus rapide de l'abdomen.

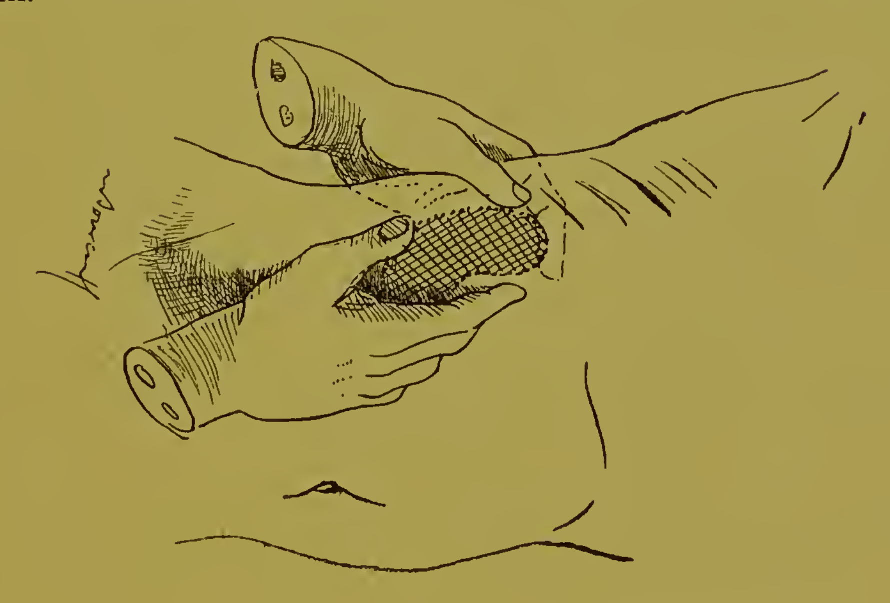
Il faut toujours faire un temps d'arrêt entre chaque exercice, et employer beaucoup de douceur, de façon que l'enfant ne se mette pas à crier et à pleurer.

PALPATION

ET

RÉPOSITION DU REIN MOBILE

Brandt indique la méthode suivante pour procéder à la palpation du rein.



Il applique le pouce de la main gauche sur le rebord costal un peu au-dessous de la neuvième côte et l'extrémité des doigts dans la région rénale en soulevant en même temps sa main en haut et en avant; puis, appliquant l'autre main dans l'hypocondre, il fait faire à la malade une profonde inspiration, lui conseillant en même temps de soulever son bassin en avant, de façon à rapprocher la symphise de l'appendice xyphoïde; il enfonce à ce moment sa main profondément et la pousse doucement vers le diaphragme, en suivant le bord externe

et antérieur de la colonne vertébrale. Il sent alors un choc qui est celui du rein déplacé, ou avançant encore, il arrive à palper cet organe et à se rendre compte de la place qu'il occupe et de son volume.

Pour ramener le rein mobile en position et chercher à l'y fixer, appliquant ses deux mains l'une contre l'autre en demi-supination, de façon qu'elles soient moins ouvertes que dans l'élévation de l'utérus, il pénètre dans l'hypocondre pendant une inspiration, et faisant soulever à la malade son bassin, il refoule le rein mobile en le poussant lentement en haut avec un mouvement de trépidation. Puis il fait des tapotements légers de la région lombaire en position inclinée et une rotation du tronc en station du siège à cheval.

MASSAGE DANS LA DIARRHÉE

On procède comme suit :

1° Léger massage du colon de façon à vider les parties qu'il peut contenir et qu'il est souvent utile d'évacuer.

2° Puis on enfonce doucement, mais assez profondément, l'extrémité des doigts écartés, dans les parois abdominales, de façon à pénétrer entre les anses de l'intestin grêle (Katten).

3° On applique transversalement ses deux mains sur l'abdomen au niveau de l'ombilic ; puis, appuyant d'abord légèrement, on imprime un mouvement transversal à toute la masse intestinale, sorte de mouvement de « scie, », dans lequel on entraîne toute la paroi antérieure de l'abdomen, de façon à masser avec elle les intestins.

On augmente graduellement la rapidité et l'énergie de ce mouvement, puis on le ralentit graduellement aussi avant de le terminer.

Ensuite on fait un temps d'arrêt de quelques secondes en appuyant fortement, mais graduellement, sur ses mains avec le poids de son corps et en comprimant ainsi la masse intestinale. On recommence cinq ou six fois.

Pour finir, on fait exécuter à la malade les mouvements de gymnastique décongestionnant l'abdomen.

DU TRAITEMENT DES FEMMES ENCEINTES

La grossesse produit souvent une fatigue générale, des douleurs dans la région lombaire et sacrée, de la compression au niveau du pli inguinal, de la constipation, de la congestion et des vomissements.

Brandt traite ces différents symptômes par les mouvements gymnastiques *décongestionnants*, les congestionnants pouvant produire des accidents. Le muscle psoas-iliaque, entre autres, mis en activité, causerait facilement l'avortement.

La malade devra être demi-couchée aussi bas que possible, les jambes soutenues et les pieds appuyés de façon que les genoux soient plus élevés que le siège, d'autant plus élevés que la grossesse sera plus avancée.

Ces mouvements passifs, qui ne devront dans aucun cas augmenter la pression des organes abdominaux, seront conduits avec douceur et prudence. Ils débuteront par la rotation, la flexion et l'extension de la cuisse.

On pratiquera aussi un léger pétrissage latéral du ventre (en partant de la région inguinale), suivi de quelques refoulements de cette partie.

Un massage avec trépidation de la surface interne des cuisses terminera l'opération.

Brandt estime que ces manipulations tonifient, fortifient et développent la musculature de l'utérus, qu'elles préparent par conséquent un accouchement plus facile. Il croit agir en même temps d'une façon favorable sur le contenu de cet organe en excitant les échanges nutritifs.

Brandt emploie quelquefois l'*élévation* lorsqu'il existe des malaises provenant de compression, de stase ou de constipation. Il soulève alors légèrement l'utérus et ne l'abandonne à lui-même que très lentement.

A part cette dernière intervention, la gymnastique est employée chez les femmes enceintes *sans manœuvres directes sur l'utérus.*

Nous ne terminerons pas ce travail sans exprimer toute notre reconnaissance à M. *Törngren,* directeur de l'Institut Royal de Stockholm, ainsi qu'au docteur *Lindblom,* assistant à la clinique du professeur Netzel, pour la parfaite obligeance qu'ils ont toujours mise à faciliter notre tâche et nos recherches.

Nous remercions aussi notre collègue et ami, M. le Dr Raymond, qui, s'occupant à Genève spécialement d'orthopédie et de gymnastique médicale, a mis à notre disposition ses connaissances spéciales pour nous aider à établir la terminologie des différents mouvements gymnastiques.

APPENDICE

Nous espérons publier dans quelques mois nos observations cliniques qui formeront la seconde partie de cet ouvrage.

TABLE DES MATIÈRES

OUVRAGES PUBLIÉS PAR LES MÊMES AUTEURS

1° Docteur Jentzer. — Casuistische gynecologische Mittheilung (Würzbourg, 1883.)

2° Doct. Jentzer. — [illegible]e l'ovariotomie pratiquée deux fois sur une même malade. (*Arch. de Toc[illegible]*. Février 1889.)

3° Doct. Jentzer. — Note [illegible] un cas rare d'adhérence contractée par un kyste de l'ovaire [illegible] avec le colon ascendant et l'appendice vermiforme. (*Arch. [illegible]logie*. Mars 1889.)

4° Doct. Jentzer. — [illegible]rmoïde avec pièce osseuse remarquable. (*Arch. de Tocologi*[illegible])

5° Doct. Jentzer. — Dy[illegible]ie par atrésie incomplète de l'orifice externe. Dégagement de l[illegible] coiffée par les parois cervicales très allongées et amincies. (*Ar[illegible] Tocologie*. Mai 1890.)

6° Doct. Jentzer. — Nouvelle curette antiseptique. (*Arch. de Tocologie*. Mars 1890.)

7° Bourcart. — Un appareil pour anesthésie (*Gazette obstétricale 1888*).

